Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gębethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 20 grudnia 1879. № 51. Rok XVIII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1880 **rok dziewiętnasty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Według uchwały Tow. lek. krak. z d. 9 października 1877 r. honoraryjum za prace oryginalne podwyższonem zostało do 16 zła., a za prace nieoryginalne do 10 zła. (za arkusz druku); honoraryjum to, co kwartał obliczane, Administracyja Przeglądu Lek. i w roku przyszłym wypłacać będzie szan. współpracownikom.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii:
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4.

☞ Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

III. Choroby opłucny.

Opracował Dr. St. Smoleński.

W klinice stałéj postrzegano w 27miu przypadkach zmiany chorobowe opłucny, tj. u 20tu mężczyzn i 7 kobiet, co stanowi 4·3% wszystkich chorych leczonych w klinice, a 13·7% chorób narządu oddechowego. W liczbie téj nie uwzględniamy oczywiście tych licznych przypadków, w których zmiany chorobowe opłucny nie były głównem cierpieniem, dla którego chorzy zgłaszali się do kliniki, lecz tylko powikłaniem lub następstwem innych chorób narządu oddechowego. Z chorób następowych opłucny zaliczyliśmy tu tylko te, które już to ze względu na wielką obfitość wypociny, już to znaczne nasilenie objawów chorobowych ze strony opłucny, stanowiły pod względem prognostycznym i leczniczym niejako chorobę główną, aczkolwiek ajtyjologicznie za następowe uważane być musiały. Tu należą niektore przypadki zapalenia opłucny po włóknikowém zapaleniu płuc, jak niemniéj wśród przebiegu suchot płucnych itp. powstałe, w których to razach częstokroć nie wiedzieć, do któréj kategoryi klinicznie zaliczyć je należało, pomimo że właściwy związek przyczynowy spółczesnych spraw chorobowych samego miąższu płucnego i opłucny nie ulegał w powyższych przypadkach żadnéj wątpliwości.

Co do wpływu zatrudnienia na powstawanie zapalenia opłucny namienić trzeba, że z małym wyjątkiem chorzy zmianami chorobowemi opłucny dotknięci należeli do stanu roboczego, co nie dowodzi bynajmniéj rzadkiego pojawiania się choroby w mowie będącéj śród warstw zamożniejszych, gdyż tacy chorzy rzadko kiedy leczą się w klinice.

Według wieku rozkładają się powyższe 27 przypadków w sposób następujący:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
10—20	5	2
20—30	4	1
30—40	5	3
40—50	2	1
50—60	3	—
60—70	1	—
Razem	20	7

Tak ze względów prognostycznych jako i leczniczych rozróżniano zawsze zmiany pierwotne opłucny od następowych. Pierwotne zapalenia opłucny, występujące samo-

dzielnie u ludzi dotąd zdrowych, postrzegano w 21 przypadkach; w pozostałych 6ciu zauważano choroby opłucny jako następstwo chorób innych, a mianowicie: w 5ciu przypadkach po suchotach płucnych, w 1 przyp. po zapaleniu płuc włóknikowem.

Z przyczyn usposabiających zanotowano w kilku przypadkach skłonność do suchot płucnych w rodzeństwie, mimo to że zapalenie opłucny przebiegało jako choroba samodzielna, bez jakichkolwiek zmian przewlekłe, zapalnych w miąższu płucnym. Prócz tego w 2 przyp. chorzy cierpieli poprzednio na gościec stawowy, w 2 przyp. przebywali dawniéj zapalenie płuc dławcowe.

Za bezpośrednią przyczynę podawali chorzy: raz zdźwiganie się i napicie zimnéj wody w stanie spoconym, (w tym przypadku była wypocina ropna), w 6 przypadkach przeziębienie, (pomiędzy temi 1 mężczyzna złamał sobie przed laty obojczyk, w rodzeństwie jednego miały być częstemi suchoty płucne, a 1 kobieta przebywała dawniéj gościec stawowy). W 6ciu przypadkach nie można było wykryć żadnéj przyczyny bezpośredniéj, bez poprzedzających jakichkolwiek szkodliwości chorzy doznali dreszczu, (zazwyczaj parę razy się powtarzającego), kaszlu, kłucia w piersiach itp. Przynajmniéj połowa chorych przebywała w życiu zimnicę.

16 z naszych chorych okazywało zmiany chorobowe opłucny po stronie prawéj, 11 po stronie lewéj.

Ze względu na wpływ pór roku na częstość pojawiania się zapaleń opłucny tyle tylko powiedzieć można, że w naszych przypadkach ostre lub przyostre samodzielne zapalenie opłucny zdarzało się najczęściéj w miesiącach zimowych, mniéj często na wiosnę i jesień. Miesięcy letnich nie możemy uwzględnić z przyczyny zamknięcia kliniki podczas feryj szkolnych. Przypadki zmian następowych opłucny rozkładają się prawie jednostajnie na wszystkie miesiące roku szkolnego.

Przypadków z zapaleniem opłucny ostrém lub przyostrém postrzegano 10, reszta, do któréj należy przeważna liczba zmian następowych, przebiegała przewlekle.

Według rozległości sprawy chorobowéj spostrzegano w 4 tylko przypadkach ograniczone zmiany zapalne (*pleuritis circumscripta*), między temi były 3 przypadki t. zw. *pleuritis sicca s. fibrinosa*, 1 przyp. z wypociną otorbioną (*pleuritis saccata*). Reszta, tj. 23 przyp., odnosiła się do zapalenia opłucnéj na znaczniejszéj przestrzeni. Podział na przypadki z wypociną suchą i płynną nie jest wszakże ścisły, gdyż według Wintricha 8—10 uncyj cieczy w worku opłucnowym nie jesteśmy w stanie wykazać wypukiem; dopiero gdy poziom wypociny z tyłu klatki piersiowéj wzniesie się na 3—4 palce poprzeczne i przedstawia warstwę 4—6 cm. grubą, niewątpliwie fizycznie wykazać ją można.

Pod względem fizycznych własności cieczy wypocinowéj postrzegano w 20tu przyp. wypocinę surowiczo-włóknikową, w 3 ropną; z tych w 1 wypocina była czysto ropną, w drugim był *pneumo-pyothorax* (skutkiem przebicia jamy suchotniczéj do worka opłucnowego), a w trzecim była wypocina ropna z następową odmą piersiową, (skutkiem przebicia opłucnowéj wypociny ropnéj do tchawicy i gardziela). Zapalenia z wypociną przeważnie krwawą (*pleuritis haemorrhagica*) nie postrzegano w żadnym przypadku.

Ze względu na przebieg kliniczny odróżniano zapalenie opłucny wypocinowe (*pleuritis exsudativa*) jako sprawę ostrą, od wypociny opłucnowéj (*exsudatum pleuriticum*) jako wyniku zapalenia opłucnéj ostrego lub objawu zap. przewlekłego; pierwsze zauważano w 15, drugą w 8 przypadkach.

Przebieg choroby. Pomiędzy 10 przypadkami ostrego lub przyostrego zapalenia opłucny, 6 razy choroba rozpoczynała się od jednorazowego dreszczu silniejszego lub kilkakrotnych dreszczyków. W reszcie przypadków téj kategoryi pierwszym objawem bywało kłucie w boku, uczucie osłabienia, gorączka itd. Czy dreszcze te odnieść należy do sprawy zapalnéj w saméj opłucny, lub czy zależą one od małych ognisk zapalnych w miąższu płucnym, których nigdy stanowczo wykluczyć nie można, trudno rozstrzygnąć. W naszych przypadkach samodzielnego zapalenia opłucny najwyższe podniesienie ciepłoty wynosiło 39·6° C. i to w pierwszych dniach choroby, poczém w kilku lub kilkunastu dniach ciepłota obniżając się stopniowo wracała do stanu prawidłowego. Jeżeli zapalenie opłucny powstało skutkiem równoczesnego zapalenia włóknikowego płuc, gorączka bywała daleko znaczniejszą (do 41° C.). W miarę opadania gorączki nie zawsze zmniejszała się wypocina opłucnowa; częstokroć już po zupełném ustąpieniu stanu gorączkowego stwierdzić było można przez dłuższy czas mniéj lub więcéj obfitą wypocinę opłucnową, powoli ulegającą wessaniu. Zapalenia opłucny przewlekłe przebiegały albo z bardzo małemi tylko i to wieczornemi podniesieniami ciepłoty (do 38·0° C.), tak że klinicznie zaliczyć je było można do niezapalnych wypocin opłucnowych, lub téż okazywały mierny stan gorączkowy ze zwolnieniami rannemi.

U jednego np. z chorych, 47 letniego mężczyzny, przyjętego w 14tym dniu choroby z rozpoznaniem *pleuritis exsudativa seroso-fibrinosa, post arthritidem articulorum acutam*, ciepłota aż do 40go dnia choroby wahała się średnio między 37·4 a 38·3° C.; zaledwie kilka razy w czasie tym gorączka podnosiła się w godzinach popołudniowych powyżéj 39·0° C. a opadała w godz. rannych do 36·8° C. w ciągu tego czasu wypocina opłucnowa mimo rozmaitych środków stósowanych tak zewnętrznie jako i wewnętrznie w celu szybszego jéj wessania, bardzo powoli się zmniejszała.

Do oznak wykluczających wypocinę ropną zaliczano: brak odpowiednich szczegółów przyczynowych, odpowiedniego toru gorączkowego, powtarzających się dreszczów i potów, tudzież znaczniejszéj bolesności i obrzmienia powłok klatki piersiowéj. Za wypociną surowiczą lub surowiczo-włóknikową przemawiał między innemi objaw Baccelliego (*pectoriloquia*), tj. dobre przewodnictwo dla szmerów szepcących. Jednakże i w przypadkach z wypociną ropną stan gorączkowy zachowywał się rozmaicie.

U 30-letniego np. wyrobnika wystąpił (skutkiem napicia się zimnéj wody po ciężkiéj pracy fizycznéj?) dolegliwy ból w boku prawym, utrzymujący się wśród miernéj gorączki przez cały miesiąc (bez dreszczów i bez znaczniejszéj duszności). W początku choroby chory doznał silnego jednorazowego dreszczu i dokuczliwego kaszlu, przyczém wykrztusił naraz wielką ilość ropy. W kilka dni potém poczęły się tworzyć po stronie prawéj klatki piersiowéj otwory, których liczba w ciągu kilku miesięcy doszła do 12tu; z otworów tych wydzielała się, zwłaszcza podczas kaszlu zielonkowata ropa. Powietrza w jamie opłucnowéj nie stwierdzono, z czego wnosić można, że ropa nie przebiła się do większego oskrzela, lecz przesączyła się niejako przez miąższ płucny skutkiem powstania maleńkich otworków w opłucny płucowéj, (ograniczona zgorzel, któréj domyślał się w takich razach już Hippokrates, a którą w nowych czasach wykazał Traube). Wśród opatrywania przeciwgnilnego przetok, na których krwawe rozszerzenie chory nie zezwalał, gorączka ustąpiła zupełnie. Wysięk ropny bardzo powoli się zmniejszał, mimo to chory szybko wracał do sił.

W innym przypadku z wypociną ropną i następową odmą piersiową chory wcale nie gorączkował, co tłumaczono podeszłym wiekiem chorego (65 lat) i znacznèm wycieńczeniem.

O jakości tętna, które zazwyczaj odpowiadało zachowaniu się ciepłoty, o duszności która zależała od szybkości, z jaką rozwijała się wypocina opłucnowa, od jéj ilości, od nasilenia bólów przy oddychaniu, od nasilenia stanu gorączkowego itp., niema nic szczególnego do zanotowania. Toż samo dotyczy i sposobu układania się chorych w łóżku. Zgodnie z tłumaczeniem Traubego, (*Ges. Beitr. II. 1036 i następ.*) w przypadkach świeżo powstałego zapalenia opłucny chorzy kładli się na boku zdrowym, gdyż w ten sposób krążenie krwi po stronie choréj jest ułatwione; w przypadkach zaś z wypociną znacznych rozmiarów chorzy woleli leżeć na boku chorym, aby tym sposobem uniknąć ciśnienia płynu wypocinowego na płuco zdrowe. Dotyczy to jednak tylko osobników jeszcze stosunkowo dość silnych, gdyż chorzy bardzo osłabieni i wyniszczeni zwykli apatycznie leżeć w tém położeniu, w jakiém przypadkowo lub umyślnie ułożonemi zostali.

Bóle kłujące stale się pojawiały, zwłaszcza w początkach choroby lub w czasie zaostrzania się przewlekłéj sprawy zapalnéj. Im indywiduum było młodsze i silniejsze, tém bóle bywały dokuczliwsze. Występowały one zawsze po stronie chorobowo zajętéj, w jednym tylko przypadku, u 29-letniego czeladnika masarskiego, przyjętego w d. 11/12 75 ze starą wypociną opłucnową po stronie prawéj, przed 7 miesiącami równocześnie z dreszczem, gorączką, osłabieniem itd. miał najprzód wystąpić ból w prawym boku, — późniéj dopiero przeniósł się do boku lewego i tamże przez dłuższy czas się utrzymywał. — O pojawieniu się w rzadkich przypadkach drugostronnego bólu w zapaleniu opłucny wspomina już Laënnec. Gerhardt i Huss (*Arch. f. klin. Med. IX, 242)* tłumaczą to anatomicznèm łączeniem się nerwów czuciowych z obydwu stron klatki piersiowéj w śródpiersiu przodkowèm. Inni podają w wątpliwość tak istnienie drugostronnego bólu jako i tłumaczenie wspomnianych autorów.

Kaszel towarzyszył większéj liczbie naszych przypadków. Częstokroć chorzy z kaszlem nie odkrztuszali żadnéj plwociny, w innych razach małą ilość plwocin nieżytowych. Jeżeli wypocina opłucnowa stanowiła tylko powikłanie suchot płucnych, natenczas kaszel i plwociny zależały oczywiście od sprawy głównéj. Wielka ilość plwociny ropnéj nagle wykrztuszonéj pochodziła w przypadku jednym z przesiąknięcia wypociny ropnéj przez miąższ płucny, w drugim z przebicia się ropy do gardziela i tchawicy. Przypadek ten streszczę pokrótce:

J. Z., l. 65., dawniéj zawsze zdrów, od 7miu miesięcy doznaje bólów w stawie biodrowym. Przed paru miesiącami bez wiadoméj przyczyny zaczął kaszleć i doznawać miernego kłucia w boku prawym, dolegliwości te jednak nie odrywały go od zwykłego zajęcia. Przed trzema tygodniami chory po raz pierwszy doznał trudności w połykaniu zwłaszcza pokarmów stałych, przy czém takowe zatrzymywać się miały w gardzielu na wysokości połowy mostka i dopiero po popiciu wodą dostawały się do żołądka. Trzy dni temu, tj. 5/7 78, chory doznał bardzo silnego napadu kaszlu, przy czém wykrztusił na raz do $\frac{1}{2}$ kwarty ropy pomięszanéj z krwią; nazajutrz kęsy stałe już nie zatrzymywały się w gardzielu, lecz zaledwie przełknięte natychmiast wśród silnego kaszlu musiały być wykrztuszane. Od tego czasu bóle kłujące w boku prawym się wzmogły. Badanie wykazało: zapalenie opłucny płuca prawego z mierną wypociną w worku opłucnowym prawym i odmę piersiową prawą. Po przełknięciu małéj ilości wody chory się zaraz krztusił, podczas czego na mostku słychać było rzężenia grubobańkowe i cała ilość wody zostawała natychmiast wykaszlaną. Objawy te tłumaczono istnieniem komunikacyi między tchawicą a gardzielem (*oesophagus*). Ze względu na początek i przebieg choroby prawdopodobném było, że pierwotną chorobę stanowiło ropne zapalenie opłucny, które wywołało przebicie tchawicy i gardziela z następową odmą piersiową. Możebném było i to, że przebicie nastąpiło ze strony pierwotnie chorobowo zajętego gardziela do dróg oddechowych, czemu jednak nie odpowiadały przypadły zapalenia opłucny jako pierwsze objawy choroby. W ciągu krótkiego pobytu w klinice chory mimo sztucznego żywienia (lewatywy z peptonu) coraz bardziéj podupadał na siłach. Na własne żądanie po paru dniach opuścił klinikę.

Z objawów fizycznych mało mamy na podstawie nielicznych naszych przypadków do namienienia. Godzi się namienić, że w paru przypadkach z wolną wypociną opłucnową linija stłumienia która według Wintricha (*Krankh. der Respirationsorgane 254)* sięga zawsze z tyłu najwyżéj, a ku przodowi coraz bardziéj się obniża, okazywała przebieg odmienny, mianowicie tworzyła w linii pachowéj łuk zwrócony ku górze, którego szczyt wznosił się wyżéj niżli tylna granica stłumienia. — Wspomnę także pokrótce o dyslokacyjach sąsiednich narządów wskutek większéj wypociny opłucnowéj.

W jednym z naszych przypadków, u J. E., 47-letniego kupca przyjętego ze znacznego stopnia zapalną wypociną opłucnową lewą, powstałą w następstwie zapalenia wielostawowego, śródpiersie przodkowe wraz z sercem wyparte zostało ku stronie prawéj, aż po za liniję sutkową prawą (na wysokości 5go żebra). Po dwóch tygodniach, podczas których podawano choremu kwas salicylowy, (ze względu na związek ajtyjologiczny z chorobą pierwotną), stósowano na bok maść jodoformową i okłady ciepłe; chory opuszczając klinikę okazywał dyslokacyję serca sięgającą tylko do połowy mostka.

Tak znaczne dyslokacyje przy lewostronnéj wypocinie opłucnowéj są w ogóle rzadkie. Według Fraentzla (*Ziemss. Hdb.* IV, 2, 365) bardzo rzadko serce bywa tak znacznie wyparte wypociną opłucnową lewą, że stłumienie serca sięga do linii sutkowéj prawéj; a i to zdarza się prawie tylko u dzieci i osobników młodych, bardzo zaś rzadko (jak w naszym przypadku) u ludzi w wieku podeszłym.

Przy wypocinie opłucnowéj prawéj możemy potwierdzić zdanie Wintricha (l. c. 256), aczkolwiek temu przeczy Fraentzel (l. c. 367), że skutkiem ucisku wypociny na prawy przeważnie płat wątroby, takowa okręca się około więzu wieszadłowego w ten sposób, że płat jéj lewy podnosi się do góry i może się przyczynić do podniesienia serca. W jednym przypadku okręcenie to wątroby (*contorsio hepatis*) było bardzo wybitne, skutkiem czego uderzenie koniuszkowe serca widocznèm było w 3 przestworze międzyżebrowym.

Badanie pneumatyczne wykazywało upośledzenie siły oddechowéj płuc, przeważnie wdechowéj. Przy znacznéj wiotkości mięśni oddechowych można było niekiedy również stwierdzić niedostateczność wydechową (zob. Dr. Rychlicki. Kilka słów o pneumatometryi i manometryi płuc, pod względem fizyjologicznym i rozpoznawczym str. 84, z kliniki Prof. Korczyńskiego II. 1876). Zdejmowane częstokroć obrazy stetograficzne (stetograf Riegla) unaoczniały wybitnie upośledzoną ruchomość odpowiedniéj połowy klatki piersiowéj, oraz stwierdzały wyniki badania pneumatometrycznego. Przy niedostateczności wdechowéj linija wdechowa stetogramu bywała w stosunku do strony zdrowéj więcéj poziomą i dłuższą.

Kilka słów jeszcze o powikłaniach. Jako powikłania w bezpośrednim związku przyczynowym ze zmianami chorobowemi opłucny pozostające postrzegano: 2 razy zapalenie osierdzia (*pericarditis sicca*); w kilku przewlekłych przypadkach zastępczą rozedmę płuca drugiego; w jednym przy-

padku rozwinęło się w przebiegu zapalenia opłucny prawéj nieżytowe zapalenie górnego płatu płuca lewego; w innym przypadku po znaczném dopiero zmniejszeniu się kilkakrotnie powracającéj wypociny opłucnowéj prawéj wykazać było można fizycznie naciek zapalny w płacie dolnym prawym. Naciek ten wśród obserwacyi klinicznéj ulegał powolnemu wessaniu, w miarę ustępującéj wypociny opłucnowéj. Prócz powyższego postrzegano jeszcze przypadek, w którym przypady zapalenia opłucny maskowały zupełnie naciek włóknikowy miąższu płucnego. Jestto t. zw. *pneumopleuritis*, gdzie zapalenie opłucny występuje wybitnie jako choroba główna, w przeciwstawieniu do t. zw. *pleuropneumonia*, w któréj zmiany opłucny jako następstwo nacieku zapalnego w miąższu płucnym podrzędną tylko grają rolę. W innym przypadku wśród przebiegu długotrwałego zapalenia opłucny prawéj powstały przypady kamieni żółciowych *(cholelithiasis)*, wątroba stała się bolesną i obrzmiała, a pęcherzyk żółciowy dokładnie wymacać się dawał. W jakim tu stosunku powstanie kamyków żółciowych pozostawało do choroby główněj trudno rozstrzygnąć. W każdym razie przypuścić wolno, że upośledzona ruchomość prawéj połowy klatki piersiowéj a przedewszystkiém przepony, mogła mieć wpływ jeśli nie wywołujący to usposabiający do zastoju żółci, a tém samém i do powstania kamyków żółciowych.

Powikłania przypadkowe, jak zimnicę, wrzody żylakowate, zanik nerwu wzrokowego itp. pomijam.

Pomiędzy 27 przypadkami z chorobami opłucny, 2 zakończyły się śmiercią. Jeden z nich nie budzi żadnego zajęcia, gdyż były to właściwie suchoty płucne powikłane z bardzo obfitą wypociną opłucnową. I w drugim przypadku zmiany w opłucny były następstwem sprawy rozpadowéj w miąższu płucnym; był on jednak o tyle ciekawy, że odma piersiowa z następową wypociną opłucnową ropną *(pneumopyothorax)* przebiegała wśród miernéj gorączki, (do 39·0°C.) stósunkowo bardzo długo, bo przeszło 8 tygodni.

O l e c z e n i u mało mam do namienienia. Przekłucia klatki piersiowéj *(thoracocentesis)* nie wykonano w żadnym przypadku; w razach gdzie byłaby pożyteczną, chorzy na operacyę nie zezwalali. Zresztą w przypadkach ostrych uśmierzano gorączkę (przeważnie chininem) i stósowano na klatkę piersiową okłady zimne. W przypadkach zapalenia opłucny, powstałego na tle reumatyczném, podawany kwas salicylowy był równie bezskutecznym, jak i przeciw zapaleniu osierdzia lub śródsierdzia po zapaleniu stawów. W celu przyspieszenia wessania wypociny stósowano zewnętrznie ciepłe kataplazmy, pędzlowano nalewką jodową, wcierano maść jodoformową, (przy czém bardzo rychło okazywał się jod w moczu), lub téż postępowano napotnie. Próbowano również dla sprowadzenia szybszego wessania wypociny żywić chorych prawie wyłącznie pokarmami suchemi, ze skutkiem wątpliwym. Ze środków rozdzielających podawano najczęściéj jodek potasowy. W kilku przypadkach retrakcyi płuc po zap. opłucnéj stósowano z korzyścią wziewania powietrza zgęszczonego za pomocą przyrządu Waldenburga.

Liczba przypadków zapalenia opłucnéj (przyp. 39) i wypociny opłucnowéj (przyp. 33) wynosiła w k l i n i c e r u c h o m é j 72, co stanowi 5·7% względnie do liczby chorych z chorobami narządu oddechowego, a 1·6% względnie do ogólnéj liczby chorych.

Kilka przypadków zniekształcenia klatki piersiowéj po zap. opłucnéj leczonych w klinice stałéj, a kilkanaście zaważanych w klinice ruchoméj, nie przedstawiały nic szczególnego, dlatego je zupełnie pomijamy.

II. Przypadek odmy piersiowéj leczony w szpitalu św. Ludwika.

Przez Dra **A. Kwaśnickiego**.

Do rzędu chorób, których ajtyjologija, przebieg, leczenie i zejście niczém nie wyróżniają się w wieku dziecięcym, należy odma piersiowa. Dla tych to zapewne przyczyn autorowie podręczników pedyjatrycznych: Bouchut, Steiner, d'Espine i Picot nie poświęcili odmie osobnego działu, przedstawiając ją szkicowo przy traktowaniu tych chorób, w przebiegu których najczęściéj powstaje; Rilliet i Barthez dali gruntowny, wyczerpujący opis odmy piersiowéj u dzieci, a praca ta, do któréj dołączyli kilka kazuistycznych przypadków z własnéj praktyki, stanowi ową całość i doskonałość, któremi odznacza się to wszystko, co wyszło z pod pióra tych autorów; Lichtenstern w zbiorowém dziele Gerhardta podaje w nieco rozwodnionym artykule to wszystko, co do téj pory o odmie piersiowéj wiemy. Porównywając pracę Rilliet-Bartheza z artykułem Lichtensterna widzimy, że od r. 1843 (gdyż mówię o 3ciém wydaniu dzieła Rilliet-Bartheza) do dnia dzisiejszego, pomimo całego przewrotu w pojęciach lekarskich, wiedza nasza o odmie piersiowéj żadnéj nie uległa zmianie.

Po porzuceniu nieuzasadnionego przekonania, że odma piersiowa powstać może w skutek wydzielania się gazów z powierzchni opłucny, po uczynieniu wszelkich zastrzeżeń co do wytwarzania się w jamie opłucny gazów z rozkładu wypociny ropnéj powstających, jak to Laënnec przypuszczał, w reszcie przypadków ajtyjologija odmy piersiowéj jest jasną; przedziurawienie opłucny żebrowéj lub płucnéj, czy to od płuca lub skóry do worka opłucnowego idące, czyli téż od worka do płuc lub skóry, jest istotną, dobrze zrozumiałą, dającą się na zwłokach wykazać, przyczyną odmy. Do rzędu spraw chorobowych płuc, które prowadzą do przedziurawienia worka opłucnowego i dostania się doń powietrza, należą: suchoty płucne, które podług statystyki Rilliet-Bartheza zajmują pierwsze miejsce, i tém częściéj wywołują odmę, czém więcéj wytwarza się jam powierzchownie umiejscowionych, i czém ostrzejszy jest przebieg suchot, nie zostawiający dosyć czasu do wytworzenia mocnych zrostów opłucnowych. Drugie miejsce po suchotach zajmuje zrazikowe zapalenie płuc, które najprawdopodobniéj u dzieci częściéj aniżeli suchoty wywołuje odmę, zwłaszcza spostrzegano często to powikłanie w zapaleniach poodrowych; przypuszczam, że odma, powstająca w przebiegu krztuśca także ma punkt wyjścia w zapaleniu zrazikowém, a nie w rozedmie; rozpad nacieku zrazikowego i następowo wytworzona jama tłumaczą łatwość powstawania odmy w długotrwałych zapaleniach płuc. Do chorób wywołujących odmę, w stosunku do częstości, należą jeszcze: zgorzel, ropień, zator płuc; rozedma płuc zajmuje ostatnie miejsce. Drugi szereg przyczyn odmy stanowią rany przeszywające klatkę piersiową, złamania żeber, przejechania, wrzody głębsze skóry. Długotrwała wypocina ropna worka opłucnowego daje często początek wrzodom opłucny, które przedziurawiając skórę lub opłucnę, wywołują także odmę piersiową. Do przyczyn najrzadszych, a może i niespotyka-

nych w wieku dziecięcym, należy przedziurawienie worka opłucnowego przez nowotwór wychodzący z narządów sąsiednich.

Jeśli więc przyczyny odmy piersiowéj nie należą do tajemnic, to pewność ta odnosi się tylko do przyczyn tak zwanych przygotowujących; natomiast mniéj łatwo określić sobie możemy, zwłaszcza w każdym szczegółowym przypadku, szereg przyczyn bliższych, tych bodźców ostatecznych, które przedziurawienie wywołują; rozdęty pęcherzyk płucny lub jama mają dosyć trwałości, ażeby wytrzymać napór powietrza wdechowego; gdy jednak napór ten zwiększy się kaszlem, wymiotami lub innèm wysileniem, ściany pęcherzyka lub jamy ulegają i powstaje odma. Chcąc zastanowić się nad temi bodźcami w toku méj rozprawki, zamierzam podać przebieg choroby chłopca leczonego w Szpitalu św. Ludwika.

Sześcioletni P. W. został przyjęty do szpitala d. 12 marca rb. z objawami cechującemi nieżytowe zapalenie krtani zadany środek wymiotny potwierdził to rozpoznanie, gdyż w wymiocinach nie znaleziono błon wrzekomych; mocz białka nie zawierał, chlorki opadały. Piątego dnia spostrzeżono w moczu ślad białka i chlorki były zmniejszone, stale podniesiona ciepłota poczęła wieczorami przekraczać 39°; ósmego dnia pobytu chorego w szpitalu stwierdzono obok silnego nieżytu oskrzelowego obu płuc, zapalenie zrazikowe dolnego płatu płuca lewego; naciek zapalny dnia następnego postąpił, a trzeciego przyłączyła się wypocina nader obfita w opłucnie lewéj, obok zrazikowego zapalenia płuca prawego; ciepłota wieczorami zawsze przechodziła 39% i dopiero 12go dnia choroby płucnéj obniżyła się ona o stopień, a w dniach następnych powolnie powracała do prawidłowéj; pomimo jednak tego stanu bezgorączkowego stwierdzono zwiększenie się wypociny opłucnowéj, serce zostało wyparte na prawą stronę mostka i uderzenie jego następowało w piątèm prawèm międzyżebrzu w linii przymostkowéj. W pierwszéj połowie m. maja, a więc po 2 miesięcznym upływie czasu, stwierdzono obniżenie się granicy wypocinowéj, przy kręgosłupie stały się słyszalnemi słabe szmery oddechowe; klatka piersiowa z biegiem czasu zaczęła się zapadać po stronie lewéj, a międzyżebrza, do téj pory wygładzone, zarysowały się nieznacznemi zagłębieniami. Pomimo wszelkich wysiłków dyjetetycznych i terapeutycznych chory chudł i marniał, do czego nie mało przyczyniało się rozwolnienie; w czerwcu zaczął tracić na wadze, w tymże samym miesiącu stwierdzono rozpadanie się nacieku w płucu prawèm, lewa połowa klatki piersiowéj dawała ton wypukowy beczkowy, stłumiony, a szmery oddechowe słabe, udzielone, nieco chuchające; ten brak wyraźnych szmerów oddechowych pomimo ustąpienia wypociny, na co wskazywał wypuk, naprowadzał na myśl, że płuco uległo w skutek dwumiesięcznego ucisku przez wypocinę opłucnową przeobrażeniom anatomicznym, które pozbawiły go zdolności rozszerzania się w próżni opłucnowéj, z drugiéj strony nieznaczne tylko spłaszczenie się klatki piersiowéj świadczyło, że ściany takowéj po stronie lewéj uległy zesztywnieniu. Ogólny stan chorego był zawsze nie dobry, gorączka wieczorna nie opuszczała go, kaszlał i wykrztuszał wiele, kaszel przybierał cechę napadową, jakby krztuścową, przy czèm wykrztuszanie było nader obfite.

Pierwszego sierpnia samo wejrzenie chorego zapowiadało, że zaszły w jego stanie zdrowia zmiany, które wywołają cierpienie mocne z porażeniem. Chory oddychał często i ciężko, twarz jego była blada, lecz nie sina, pokryta zimnym potem, tętno drobne, ciepłota prawidłowa; klatka piersiowa, któréj lewa połowa przedtèm była zapadnięta, obecnie była wysadzoną, międzyżebrza nieco przedtèm wklęsłe były zupełnie wygładzone, klatka piersiowa nie rozszerzała się, gdyż była ona ustawiona nieruchomie na wysokości wdechu; to wysadzenie klatki piersiowéj po stronie lewéj uderzało, gdyż oko przyzwyczaiło się widzieć ją spłaszczoną, lecz bezwzględnie biorąc rzeczy łuk wysklepienia lewéj połowy klatki piersiowéj nie wiele różnił się promieniem od łuku oznaczającego najwyższą ekskursyję wdechową prawéj połowy klatki piersiowéj. Wypuk lewéj połowy klatki piersiowéj dawał ton beczkowy, rozległy, szmerów oddechowych słyszeć nie można było, natomiast podźwięk metaliczny, najwybitniejszy w okolicy przysercowéj, rozlegał się głośno po całéj téj połowie klatki piersiowéj, zwłaszcza przy jednoczesnèm opukiwaniu. W obec zmian zaszłych w płucu lewèm nie znaleziono zwykłych rekompensacyjnych objawów w płucu prawèm, snać przy dawniejszym ucisku płuca lewego wyrównanie już przedtèm nastąpiło. W obec tych objawów rozpoznano o d m ę p i e r s i o w ą. Przez następne dwa tygodnie chory nie gorączkował, a w nędznym stanie jego zdrowia nie zaszła żadna uderzająca zmiana; w trzecim tygodniu zwrócono uwagę na plwociny, które obok brudno-białego zabarwienia, wielkiéj płynności, odznaczały się smrodliwèm cuchnieniem, chory kaszlał rzadko, lecz kaszel był kurczowy, napadowy, kończący się obfitèm wykrztuszeniem; plwociny badane pod drobnowidem nie zawierały włókien tkanki sprężystéj, rozpoznawano więc rozstrzenie oskrzelowe; dopiero w 5tym tygodniu stwierdzono w plwocinach włókna sprężyste, co wspólnie z objawami wypuku i wysłuchu przemawiało za obecnością, obok rozstrzeni, jam w płucu prawèm. W owym czasie zauważano, że wygładzone międzyżebrza lewe poczęły się zarysowywać wklęsłościami, a podźwięk metaliczny stał się mniéj dźwięcznym. Ciepłota, która rankami bywała niżéj prawidłowéj, wieczorami podnosiła się do 39°0, rozwolnienie uporczywie się utrzymywało.

Stósownie do okoliczności leczono chorego środkami kojącemi, przeciwgorączkowemi, usiłowano powstrzymać rozwolnienie, podawano olejek terpentynowy do wdychiwań; dyjeta pożywna i lekko strawna; pomimo jednak tych zachodów chory upadał na siłach, tracił łaknienie, wreszcie odleżał się. W końcu września wystąpiła puchlina skórna, mocz zbadany w pracowni prof. Stopczańskiego zawierał w znacznéj ilości białko, wałeczki Belliniego, łuski przybłonkowe, zwiększoną ilość śluzu, obok wysokiego ciężaru gatunkowego; to wystąpienie sprawy zapalnéj w nerkach przyspieszyło i tak już spodziewany koniec; odleżyny szerzyły się, rozwolnienie powiększało się, na grzbiecie prawéj ręki wystąpiły pęcherze napełnione cieczą sinawą, które po dobrowolnèm otworzeniu zamieniły się w otrętwiałe wrzody, i chory wśród zapadu dokonał życia d. 5 października, tj. w 2 miesiące i 5 dni po wystąpieniu odmy piersiowéj. W ostatnich trzech tygodniach zauważono, że klatka piersiowa po stronie lewéj zapada się, że międzyżebrza ponownie zaklęsły się, tak że w stosunku do prawéj lewa połowa klatki piersiowéj przedstawiała się spłaszczoną i niebiorącą udziału w ruchach oddechowych; pomimo tego zapadania się klatki piersiowéj, które świadczyło o wessaniu powietrza, podźwięk metaliczny, choć o wiele słabszy, utrzymywał się. Na karcie śmierci zapisano: *Phthisis pulmonum subseq. pneumothorace sinistro, tumor lienis chronicus, nephritis parenchymatosa acuta, enterocatarrhus chronicus.*

Sekcyja wykonana przez asystenta Dra Pisska wyka-

zała: lewa połowa klatki piersiowéj płaska, na całéj przestrzeni zapadła; po zdjęciu z niéj skóry, kiedy zamierzano nakłóć międzyżebrze dla przekonania się, czy nastąpi cechujący poświst, którego w obec zapadniętéj klatki piersiowéj po stronie lewéj nie spodziewano się usłyszeć, zauważano w 5têm międzyżebrzu, w linii przymostkowéj, wrzód przetokowy, mający w średnicy 0,003 do 0,004, który wychodząc z klatki piersiowéj, przebiwszy opłucnę i mięsień międzyżebrowy, dosięgnął tkanki podskórnéj; skóra w odpowiadającém miejscu blada, cienka, a zresztą prawidłowa; przebieg téj przetoki niezupełnéj jest poziomy, tj. w prostym kierunku od opłucny do skóry, zawierała ona nieco ropy, w tkance podskornéj; pomimo że takowa do saméj skóry była zajęta wrzodem drążącym, nie stwierdzono odmy skórnéj. Po otwarciu klatki piersiowéj znaleziono ją próżną w połowie lewéj, opłucna znacznie zgrubiała, pokryta tu i owdzie włóknikową wypociną, tworzącą kilka pasków z tkanki łącznéj, w kształcie mostków, łączących opłucnę żebrową z mocno ugniecionêm płucem, ku kręgosłupowi przypartém; prócz wrzodu przetokowego, o którym wyżéj była mowa, znajdowało się drugie przedziurawienie opłucny płucnej w miejscu odpowiadającém dolnemu płatowi płuca, wielkości siemienia konopnego; badanie tego wrzodu zgłębnikiem i przez cięcie nie wykazało, ażeby przedziurawienie to połączonêm było z jamą płucną lub rozstrzenią oskrzelową, koniec zgłębnika kierowany we wszystkich kierunkach opierał się o zlykowaciałe płuco; ponieważ jednak do powstania odmy piersiowéj nie potrzeba, ażeby jama była wielkich rozmiarów, nic nie stoi na przeszkodzie mniemaniu, że właśnie to przedziurawienie było punktem wyjścia odmy, a jeśli nie mogliśmy wykazać jamy, to nie mało do tego przyczynił się nowy ucisk płuca przez odmę i następstwa anatomiczne takowego; przetoka płucna musiała zabliźnić się, skoro odma już w trzecim tygodniu poczęła się zmniejszać, a klatka piersiowa zapadała się ponownie w skutek wessania powietrza.

Płuco lewe dochodziło zaledwie do wielkości dłoni męskiéj, silnie przyparte do kręgosłupa, sine i łykowate, w szczycie nieliczne ogniska serowate przeważnie skredowaciałe, obok śladów ścian jamy, miąższ powietrza nie zawierał. Płuco prawe szczytem przyrośnięte do ścian klatki piersiowéj, opłucna pokryta świeżą włóknikową wypociną; szczytem rozkroju okazuje obszerną, wielkości jaja gołębiego jamę, o ścianach prawie wyłącznie z zgrubiałéj opłucny powstałych; treść w niéj zawarta cuchnąca, ropiasta, dolne $^2/_3$ rozkroju okazują powierzchnię drobnoziarnistą, szarą, z któréj wypływa gęsta, łepka, brudna ciecz, miąższ bezpowietrzny nader kruchy. Oskrzela wypełnione obficie gęstą ropiastą wypociną, w części przybrzeżnéj znacznie rozszerzone.

Mózg, komórki i opony prawidłowe. Serce prawidłowe, wątroba nieznacznie stłuszczona, śledziona bardzo powiększona, torebka cienka, miąższ zbity.

Nerki miernie powiększone, torebka schodzi łatwo, na rozkroju kora szersza, wypuklająca się, dosyć wyraźnie od piramid odgraniczona, okazuje nieliczne żółtawe smugi na szarém tle.

Przypadek kliniczny, który opisałem, nie przedstawia w swym przebiegu nic niezwykłego: obok i jednocześnie z zapaleniem opłucny lewéj odbywała się sprawa zapalna w zrazikach płuca lewego z następowém zserowaceniem i rozpadem nacieku, a ściany jednéj z najpowierzchowniejszych jam, pod wpływem czynników napierających, rozdarły się i skomunikowały z opłucną, czego następstwem była odma płuca lewego; jeśli więc pozwoliłem sobie opisać ten przypadek, to jedynie dla tego, ażeby zastanowić się nad temi czynnikami, które przerwanie się opłucny wywołały. Powszechnie przypuszczano, że kaszel, rzadziéj wymioty, jest przyczyną wywołującą od się w schorzałém płucu; czynniki te działają mocą silnie wdychiwanego powietrza, które rozszerzając nadmiernie uległe rozedmie pęcherzyki lub ściany jamy, przerywają opłucnę, jeśli takowa jest także schorzałą i ścieńczoną; do czynników tych dodałbym trzeci, wprawdzie wyjątkowo występujący, a mianowicie zwiększoną siłę ssącą próżni opłucnowéj. W warunkach fizyjologicznych oddychania opłucne trzewiowa i żebrowa przylegają do siebie, a kiedy mięśnie wdechowe usiłują oddalić część żebrową, próżnię stąd powstającą wypełnia płuco, tak, że istotnie próżnia opłucnowa jest u zdrowego zawsze wypełniona płucem, czy to podczas wdechu czy wydechu. Istnieje jednak stan chorobowy, który ten stosunek zmienia, mianowicie, jeśli obfita wypocina opłucnowa ugniata płuco przez czas dłuższy, to ostatnie utraca swe anatomiczne własności i nie może wypełnić jamy opłucnowéj, pomimo że wypocina wessała się lub została usuniętą; wielka próżnia w ten sposób powstała znacznie odmienia stosunek ciśnienia wewnątrz i zewnątrzpiersiowego; ciśnienie atmosferyczne spłaszcza i wykrzywia odpowiednią połowę klatki piersiowéj, i to zapadnięcie w przyjaznych warunkach najczęściéj reguluje mechanizm oddychania; lecz klatka piersiowa nie zawsze posiada tę elastyczność, nie zawsze jest w stanie uledz ciśnieniu atmosferycznemu; zdarza się, że obfita wypocina trwa długo, i odpowiednia połowa klatki piersiowéj nie bierze udziału w ruchach oddechowych; wówczas żebra wytwarzają patologiczne związki, które upośledzają ich ruchomość, czyniąc tę połowę klatki piersiowéj sztywną, mało ruchomą, lub zupełnie nieruchomą, do czego nie mało przyczynia się zgrubienie opłucny; w tych warunkach zapadnięcie się klatki piersiowéj jest nieznaczne i powstaje wielka różnica między ciśnieniem zewnątrz i wewnątrzpiersiowém, a opadnięte płuco zostaje wciąganém do próżni opłucnowéj têm silniéj, czém większą jest ta różnica. Homolle w obszernéj rozprawie *(Revue Mensuelle Nr. 2, 1879)* streszcza wypadki swych badań nad ciśnieniem śródpiersiowém u osób cierpiących na wypociny opłucnowe; wyjmuję z téj pracy ten szczegół, że największe ciśnienie ujemne, po wypuszczeniu z opłucny wypociny, następowało wtenczas, kiedy płuco utracało zdolność rozszerzalności, a zgrubiała opłucna i zesztywniałe ściany klatki piersiowéj uniemożebniały spłaszczenie się takowéj.

Zastosujmy te uwagi do naszego chorego; pół roku trwająca nader obfita wypocina wywołała sztywność klatki piersiowéj, widzieliśmy na zwłokach opłucnę zgrubiałą; objawy wypukowe i wysłuchowe dowodnie świadczyły o nierozszerzalności płuca po ustąpieniu wypociny. W prostym stosunku do sztywności lewéj połowy klatki piersiowéj było nader nieznaczne jéj spłaszczenie się po wessaniu wypociny, nieznacznêm również było jéj wysadzenie przy odmie i zapadnięcie się ponowne po wessaniu powietrza. Na zwłokach istniał inny jeszcze dowód wysokiego ujemnego ciśnienia w lewéj połowie klatki piersiowéj; wrzód w 5têm międzyżebrzu, o którym wyżéj była mowa, przebijał mięśnie i tkankę podskórną, tak że na oddzielonéj skórze było jego dno; były więc wszystkie warunki powstania odmy skórnéj, a jeśli takowa nie miała miejsca, to tylko dlatego, że ciśnienie atmosferyczne było silniejszém od ciśnienia wewnątrzpiersiowego. Po złożeniu tych dowodów dochodzi się do

wniosku, że siła ssąca próżni opłucnowéj musiała działać wciągająco na części miękkie i podatne, nawet w czasie pauzy oddechowéj; a jeśli dodamy, że wypłaszczająca się przepona przy kaszlu powiększała pojemność téj próżni, a z nią i ujemne ciśnienie, to sile ssącéj próżni opłucnowéj należy przyznać niepośledni udział w wywołaniu odmy u naszego chorego.

Wzięcie w rachubę ujemnego ciśnienia przy ocenianiu warunków powstawania odmy piersiowéj w przypadkach analogicznych z wyżéj opisanym, ma tę praktyczną wartość, że wiedząc, czego należy obawiać się kojąc kaszel, można przedłużyć życie; powyższe zapatrywanie się i teoretyczna wartość poruszonéj sprawy ujemnego ciśnienia w próżni opłucnowéj ośmieliły mnie do spisania powyższych uwag.

III. Oceny i sprawozdania.

Karol Reklam: **Nauka zachowania zdrowia i zdolności do pracy.** Przekład Wacława Mayzla Dra med. Z 23 drzeworytami w tekscie. Warszawa 1880.

Zwrot, jaki się objawił w ostatnich czasach w całéj Europie ku badaniom higijenicznym i w ogóle ku nauce higijeny, miał ten skutek, że pojawiła się stosunkowo znaczna liczba dzieł z zakresu téj nauki. Prądowi temu uległa także po części i nasza literatura. Prócz kilku dzieł oryginalnych przedewszystkiém pojawiły się tłumaczenia np. Pappenheima, Oesterlena itd., a między temi ostatnie wyszło Dra Karola Reklama, które właśnie mamy przed sobą. Wybór właśnie tego dzieła do tłumaczenia uważamy za bardzo odpowiedni, w 9ciu bowiem niejako oddziałach obejmuje wprawdzie nie w systematycznym układzie, ale w luźnych rozdziałach, wszystko to, co do zachowania zdrowia należy. Nie jest to książka zupełnie popularna, ale przeznaczona dla ludzi wykształconych, zajmujących się naukami przyrodniczemi, oparta i powołująca się na zasady fizyjologii tak, że każdy lekarz, choćby nawet zajmował się szczegółowiéj nauką higijeny, wiele z niéj skorzystać może.

Autor, Dr. Reklam, znanym jest na polu literatury higijenicznéj niemieckiéj i zajmuje pośród niemieckich higijenistów jedno z wybitniejszych miejsc; co do treści nie można więc nic zarzucić, można nie zgadzać się z niektóremi zapatrywaniami autora, ale uznać wypada, że do napisania książki téj treści był może najwięcéj powołanym, bo od dawna w tym kierunku pracuje. Co się tyczy tłumaczenia, to aczkolwiek nie odpowiada wszelkim wymogom, jest ono o wiele lepszém od wielu innych tłumaczeń, jakie w ostatnich czasach prasę opuściły. Styl lekki, gładki, obok rozmaitości treści i stosunkowo dość częstego przytaczania zdań innych autorów, sprawia, że książka ta z wielką czyta się przyjemnością. Co do słownictwa jedynie, to nie zawsze można się z tłumaczem zgodzić i tak tłumacz używa na oznaczenie dziecięcia przy piersi wyrazu ssawiec, kiedy wyrazy: osesek, sysak, zaczęły się już ucierać, miana zaś ssawiec używamy na oznaczenie zwierząt ssących; nieodpowiedniém też jest wyrażenie długowieczność ludzka, zwłaszcza w zestawieniu średnia długowieczność ludzka, które to wyrażenie łatwo zastąpić było można przez średnią długość życia. Również wyrazy turnerski plac, ćwiczenia turnerskie, dałyby się bardzo łatwo ominąć.

Znalazłyby się jeszcze inne mniéj właściwe wyrażenia, ale nie w téj liczbie, aby to ujmę stanowiło dla tłumaczenia i książki, o któréj w ogóle powiedzieć można, że tak co do treści jak i tłumaczenia jest bardzo pożądanym dla naszéj literatury nabytkiem. *Dr. Grabowski.*

Javal: **Fizyjologija czytania.**

Nie mamy zamiaru streszczać całéj, obszernéj pracy autora, bo treść jéj jako zbyt specyjalna, nie zajęłaby ogółu czytelników „Przeglądu Lek."; w przekonaniu jednak, że ósmy jéj rozdział pod napisem: „Myopia uczniów i oświetlenie szkół", zasługuje na uwagę każdego lekarza, pragniemy z treścią jego poznajomić czytelników. Wyniki statystyki myopii, uskutecznionéj w Niemczech, Rosyi, Austryi, Szwajcaryi i Ameryce, streszcza autor jak następuje: 1. Myopia bardzo rzadka w dziecięctwie, wytwarza się podczas lat szkolnych. 2. Liczba krótkowidzów większą jest w Niemczech, aniżeli w innych krajach. 3. Myopia rzadszą jest w szkołach wiejskich, aniżeli w miejskich. 4. Liczba krótkowidzów w tém samém mieście jest największa w szkołach znajdujących się w najgorszych warunkach oświetlenia. Na te wnioski zgadza się autor w zupełności, lecz sprzeciwia się innym, które wysnuto z téj statystyki. Okoliczność mianowicie, że myopia najczęstszą jest w Niemczech, a częstszą u dzieci miejskich niż u wiejskich, dała niektórym autorom szowinistycznym powód do twierdzenia, że myopia jest bardzo często dziedziczną, a ilość krótkowidzów w jakimś narodzie służyć może za miarę jego cywilizacyi. Tymczasem według poszukiwań statystycznych J., zgodnych z poszukiwaniami okulistów amerykańskich, dziedziczność ma wpływ tylko drugorzędny, a tak słaby, że stósowne środki zaradcze zdołają prawie zawsze przeszkodzić jéj powstaniu u dzieci, których rodzice dotknięci są tą wadą nawet w najwyższym stopniu. (Takie lekceważenie wpływu dziedziczności, nie zgadza się wcale z doświadczeniem. Od lat 10 zwracam baczną uwagę na stan refrakcyi rodziców pacyjentów, którzy z powodu krótkiego wzroku zasięgają méj rady i zrobiłem spostrzeżenie, że z dość rzadkiemi wyjątkami przynajmniéj jedno z rodziców miało zawsze wzrok krótki. Bardzo rzadko wydarza się także, żeby z kilkorga dzieci, pochodzących z matki lub ojca krótkowidza, żadne nie było dotknięte tą wadą. Któż nie wie, że jak są rodziny krótkowidzów, t. j. takie, których wszyscy albo większa część członków mają wzrok krótki, tak w innych rodzinach to zboczenie refrakcyi zupełnie jest nieznaném. Nie mogę się także zgodzić z twierdzeniem autora, że środkami zaradczemi tak pewnie i tak łatwo przeszkodzić można powstaniu myopii u dzieci z usposobieniem dziedziczném; doświadczenie moje pouczyło mnie przeciwnie, że trzeba być zadowolonym, jeżeli wszelkie, najstaranniejsze w téj mierze zabiegi przeszkodzą zbyt szybkiemu postępowi myopii i jéj rozwojowi do wyższego stopnia. Sprawozdawca Przegl. Lek.). Przyczynę wielkiéj częstości myopii u niemców upatruje J. w tém, że słaby wpływ dziedziczności potęgują oni zwyczajem kazania dzieciom wiele czytać poza godzinami szkolnemi, a czytanie całemi godzinami przy świetle złéj lampy głosek gotyckich. zużytych, odbitych na papierze szarym, na pół przeźroczystym tłumaczy aż nadto, że niemcy tak często podlegają téj wadzie wzroku. Zgubny wpływ czytania wieczornego na wzrok dzieci objawił się wyraźnie w Alzacyi, gdzie liczba krótkowidzów wzmogła się znacznie od czasu przyłączenia do Niemiec, skutkiem zaprowadzenia książek niemie-

ckich i zmuszania dzieci do wyrabiania wieczorem zadań domowych, co tylko wyjątkowo dzieje się w szkołach francuzkich. Niewątpliwy wpływ długiego czytania wieczornego w warunkach niekorzystnych na wydłużanie się gałki ocznéj nie jest jeszcze należycie wyjaśniony, a autor wyobraża go sobie w następujący sposób:

Widzenie dokładne przedmiotów blizkich wymaga jak wiadomo zastósowania się oka do ich odległości, a wysiłek akomodacyi musi być tém większy, im bliższym jest przedmiot. Gdy oczy zwrócą się potém na przedmioty dalekie, zwalnia się zazwyczaj mięsień rzęskowy, a wszelki ślad akomodacyi znika natychmiast. Ale wydarza się także, że po dłuższém czytaniu widzenie przedmiotów odległych staje się mniéj wyraźném, a przyczyną tego może być tylko albo kurcz mięśnia rzęskowego, albo przedłużenie się oka. Zdaniem J. wydarza się jedno i drugie. Nie wdając się w tłumaczenie mechanizmu takiego wydłużenia oka twierdzi on, że niektóre oczy zmuszone do przeciągłego natężania akomodacyi, stósują się istotnie w ten sposób do pobliża. Są to właśnie te, które ulegają myopii, a skutkiem każdorazowego przeciągłego natężenia akomodacyi wzmaga się stopień ich myopii. Ta skłonność do wydłużenia się jest nadzwyczaj różną w różnych oczach, a pod tym właśnie względem dziedziczność odgrywa wielką rolę. Oczy, wydłużające się za najmniejszym wysiłkiem akomodacyi, nie unikną myopii, a nierzadko spostrzegać można dzieci, których myopia dochodzi na pewno i szybko do tego stopnia, że mogą czytać nie akomodując wcale. U takich dzieci powstrzymał autor natychmiast dalsze postępy myopii, dając im do pracy szkła wypukłe, wbrew dotychczasowéj praktyce wzbraniającéj używania szkieł i zgubniejszéj jeszcze półwiedzy, zalecającéj szkła wklęsłe. (Autor przypuszcza więc, że w pewnych warunkach oko stósować się może do pobliża w ten sposób, jakim nauka dawniejsza tłumaczyła zdolność akomodacyjną w ogólności, t. j. przez wydłużanie się oka w kierunku osi widzenia. Tego twierdzenia tak przeciwnego obecnemu stanowisku nauki o akomodacyi nie stara się on jednak bynajmniéj udowodnić, każąc nam wierzyć w nie na słowo, a przecież zapuszczając roztwór atropinu łatwo mógł się był przekonać, czy niewyraźne widzenie przedmiotów dalekich po dłuższém czytaniu jest skutkiem kurczu akomodacyi, lub téż, jak sądzi nagłego wydłużenia się oka. Być może, że to przypuszczenie okaże się prawdziwém; dopóki go jednak autor nie udowodni w ten lub inny sposób, uważać je musimy za osobiste jego zapatrywanie, a odmówić mu znaczenia prawdy naukowéj. Ref. Przegl.). Z tego wynika, że potrzeba koniecznie zmuszać dzieci do największego jak można oddalania się od książki i seksternu, a w tym celu i jedynie tylko w tym celu należy im dawać książki dobrze drukowane i zalewać je *(inonder)* światłem, bo najlepszym środkiem przeszkodzenia, żeby dziecko nie nachylało się nad książką, jest uczynić to zbytecznem; dziecko kładzie się na książce lub seksternie tylko wtenczas, gdy nie widzi wyraźnie trzymając się prosto. (Nie ulega wątpliwości, że to jest prawdą, ale potrzeba i o tém pamiętać, że dzieci mają często zwyczaj przybliżać się zbytecznie, choć ich ani wada wzroku, ani zbyteczna drobność przedmiotu, ani brak należytego oświetlenia do tego nie zmusza. Temu nałogowi należy zapobiegać odpowiedniemi środkami. Ref. Przegl. Lek.).

Słusznie nastaje daléj autor na potrzebę jak najmocniejszego oświetlenia sal szkolnych podnosząc, że przy mocném świetle, równającém się światłu kilku tysięcy świec, w odległości metra źrenica zwęża się mocno, a skutkiem tego zmniejszają się nadzwyczajnie okręgi rozpierzchłe, tworzące się na siatkówce oczu dotkniętych różnemi wadami refrakcyi. W takich warunkach nawet oko źle zbudowane służy należycie nie nużąc się bardzo, ale rzecz się zmienia z ubytkiem światła. Gdy obraz siatkówkowy nie jest należycie jasny, źrenica rozszerza się, a oko miarowe wynagrodziwszy sobie w ten sposób ubytek światła nie cierpi na tém, ale niemiarowe nie może już pracować należycie, nadmiarowe zmuszone jest do nadmiernego wysiłku akomodacyi, tém większego, im wyższy stopień nadmiarowości, lub do zawieszenia pracy; niezborne nuży się również, lub co gorsza staje się krótkowidzącém; u dotkniętych zaś krótkowidzeniem wzmaga się ta wada szybko. Dla dorosłych są skutki niedostatecznego oświetlenia daleko mniéj groźne, już to ponieważ mniejsza rozszerzalność źrenicy zmusza ich prędzéj do zaprzestania pracy przy złém świetle, już téż ponieważ częściéj używają odpowiednich szkieł, już téż wreszcie dla tego, że ich powłoki oczne mniéj są rozciągliwe. Jasną więc jest rzeczą, jak ważném jest staranie, żeby sale szkolne zalane istnie były światłem, nie idzie tutaj bowiem tylko o dostateczne oświetlenie w lecie, ale także podczas rannych godzin przed, i późniejszych popołudniu w zimie. W tym celu potrzeba, żeby najciemniejsze miejsce sali było należycie jasném, a to się stanie, gdy każde dziecko otrzyma dostateczną ilość światła wprost od firmamentu, wykluczyć jednak potrzeba bezpośrednie światło słońca. Najłatwiéj byłoby uczynić tym warunkom zadość umieszczając okna tylko w ścianie północnéj, a ławki ustawiając do niéj prostopadle, ale szerokość sali nie mogłaby w takim razie przenosić znacznie wysokości otworów okiennych, bo tylko wtenczas nawet najgorzéj umieszczone dzieci widziałyby jeszcze około $1/_{20}$ całéj powierzchni firmamentu. Przy zwykłéj wysokości sal jest więc światło jednostronne dostateczném tylko w takim razie, jeżeli szerokość sali nie przenosi 4 metrów, w razie większéj szerokości należy jeszcze i ścianę przeciwległą, a w najgorszym razie ścianę po za uczniami zaopatrzyć w okna, nigdy zaś nie umieszczać ich z przodu. Autor twierdzi, że światło dwustronne nie jest wcale szkodliwém, ale żąda, żeby oś sali skierowaną była od północy ku południowi, a daléj, żeby zbyt żywy blask słońca porannego i południowego łagodziły zasłony przeźroczyste. Ze względu na stosunki miejscowe może oś sali zbaczać w jednym lub drugim kierunku o 40 stopni od kierunku północno-południowego, zboczenie jednak ku północnemu wschodowi zasługuje ze względów higijeny ogólnéj na pierwszeństwo przed zboczeniem ku północnemu zachodowi. Nauczyciel winien być zwrócony twarzą na południe, żeby uczniowie w dniach krótkich otrzymywali światło raczéj z tyłu niż z przodu. W celu zapewnienia wolnego przystępu światła do sal szkolnych żąda J., żeby odległość budynków sąsiednich, położonych po obu stronach równolegle do osi sali, przenosiła ich podwójną wysokość i uważa ten warunek za najważniejszy ze wszystkich. Zastanawiając się następnie nad światłem sztucznem upatruje autor główną jego różnicę od światła naturalnego w nadzwyczajnéj *(excessive)* jego słabości. Milijon świec oświetliłoby salę znacznie słabiéj od bezpośredniego światła słonecznego. Dążenie do coraz mocniejszego oświetlenia miast potwierdza to zapatrywanie, a nasi wnukowie słysząc, że w naszych czasach policyja nakazywała oświetlać latarnie u powozów, będą się tak samo dziwili, jak my myśląc o tém,

że przed stu laty ludzie chodzili z latarniami po ulicach Paryża. Jeżeli się nie objawia ten sam popęd do mocniejszego oświetlania naszych mieszkań, to przyczyną tego są wysokie ceny materyjałów świetlnych; podczas gdy kosztem względnie bardzo małym ogrzewamy nasze mieszkania tak, że usuwamy z nich zupełnie zimno; potrzebaby olbrzymich nakładów, aby je oświetlić jako tako odpowiednio, dla tego w celu skupienia światła umieszczamy na naszych lampach daszki i zbliżamy nadzwyczajnie światło, które oświetla nasz papier.

Oprócz natężenia różni się jeszcze każde światło sztuczne od naturalnego odmiennym składem swojego widma. Z wyjątkiem światła elektrycznego i magnezyjowego wszystkie widma bardzo są ciemne w stronie promieni najłamliwszych; promienie chemiczne, fijołkowe i niebieskie reprezentowane są w nich bardzo słabo. Gdyby więc promienie chemiczne były tak szkodliwe dla oka, jak to wielu autorów powtarzają jedni za drugimi, światło sztuczne musiałoby mniéj nużyć oczy od dziennego. Z tego wynika, że niższość hygieniczua światła sztucznego nie polega na jego jakości; skargi, które ono wywołuje, może trzeba przypisać po części jego bardzo niejednostajnemu rozdzieleniu, ale główną niższość światła sztucznego stanowi jego nadzwyczajna niedostateczność, czego najlepszym dowodem, że ludzie widzący dobrze w dzień, pracować mogą wieczorem tylko przy pomocy szkieł, usuwających wadę ich refrakcyi. Cóż powiedzieć o skargach podnoszonych często przeciw światłu gazowemu? cóż odpowiedzieć ludziom, którzy sądzą, iż sobie przy niém oczy zerwali? Być może, iż małe, migocące płomienie motylkowe są przyczyną nużenia się oczu; ale ludzie, którzy czytają lub pracują przy dobrych i szerokich płomieniach walcowatych, otoczonych szklanemi cylindrami, a po pewnym przeciągu czasu nie widzą dość dobrze przy świetle świecy albo małéj lampki, powinniby pamiętać, że ta niedostateczność wzroku byłaby przyszła z wiekiem, chociażby nie byli używali gazu, tudzież, że przy pomocy lepszego oświetlenia wykonywali przez całe lata pracę, których byli musieli wyrzec się przy małém światełku lampy.

W rozdziale następnym autor zamierza mówić o zmianach, jakich wymagają książki szkolne. *(Annales d'Oculistique Sept.-Octbre*, 1879 str. 159 do 170). *Prof. Rydel.*

P. Guttmann i Wenzel: **Wziewania będźwinianu sodowego w suchotach płucnych.**

Odkąd asystent kliniki prof. Rokitanskiego, Dr. Kroczak, we wrześniu r. b. ogłosił w t. zw. „tymczasowém doniesieniu" trzy przypadki daleko posuniętych suchot płucnych „wyleczonych" za pomocą wziewań będźwinianu sodowego, oraz odwołał się do kilkunastu innych jeszcze przypadków w wspomnionéj klinice tym sposobem wyleczonych, posypały się niebawem ze wszech stron w prasie niemieckiéj artykuły, jużto upominające się o prawo pierwszeństwa w stósowaniu powyższego sposobu leczenia suchot płucnych (Schüler w Gryfii), już znów nie bez przekąsu podające w wątpliwość powyższe doniesienie Kroczaka (Schnitzler i i.), tak, że sam Rokitansky widział się zniewolonym wystąpić w obronie własnéj i swéj kliniki sławy, przy czém pierwotne podania swego asystenta nieco zmodyfikował i doniosłość ich do skromniejszych zredukował rozmiarów. Sprawa ta bądź co bądź miała tę dobrą stronę, że poruszyła dyskusyję w sprawie niezmiernie ważnéj, wywołała jednakże rozgłosem swym o tyle nieprzyjemne następstwa, że niepotrzebnie zaalarmowała niefachową publiczność, a tu i owdzie dała już pochop do eksploatowania jéj łatwowierności. Temu téż przypisać należy, że niemal wszyscy autorzy, roztrząsający kwestyję w mowie będącą, nie mogą się wstrzymać od uszczypliwych przycinków przeciw pierwszym inicyjatorom, co zresztą w obec dziwnéj lekkości, że nie powiemy dyletantyzmu, z jaką pierwsza wiadomość o świetnych rezultatach sformułowaną została, nikogo dziwić nie może.

Nie należy się wprawdzie Rokitanskiemu pierwszeństwo pomysłu, bo autorem takowego teoretycznie jest Klebs (1877), w zastósowaniu do żwierząt zaś Schüller; ale należy mu się pierwszeństwo co do otrzymanych rezultatów leczniczych na ludziach dotkniętych suchotami płucnemi. Jest on pierwszym, oby tylko nie pozostał jedynym, któremu będźwinian sodowy tak znakomite oddaje usługi! A obawa ostatnia staje się bardzo uprawnioną w obec rezultatów, jakie inni lekarze w tym kierunku otrzymali. Tak A. Sokołowski (Przegl. Lek. b. r. Nr. 47) na podstawie własnego doświadczenia powiada, „że użycie wewnętrzne jakoteż inhalacyje będźwinianu sodowego podług dotychczasowych spostrzeżeń przy leczeniu suchot płucnych nie tylko nie wpływają korzystnie na przebieg cierpienia, lecz przeciwnie w niektórych razach wywołują wcale niepożądane działanie poboczne". Teraz znów Guttmann i Wenzel w Berlinie ogłaszają równocześnie w ostatnim numerze (49) *Berlin. klin. Wochenschrift* doświadczenia z inhalacyjami będźwinianu sodowego w suchotach płucnych, w których do tych samych co i Sokołowski dochodzą wniosków. Guttmann zdaje sprawę z 31 przypadków suchot pl., leczonych wziewaniami 5% roztworu będźwinianu sodowego i to do 50 gramów tegoż leku na dobę. U 15 chorych stósowano ten sposób leczenia przez 3 tygodnie (w takim samym czasie Rokitansky otrzymywał cudowne swe rezultaty), u jednego chorego przez 22 dni, (zużył 710 gramów *natri benz.*), u 6 przez 14—19 dni (między temi jeden zużył 650 grm. leku *in substantia*), u pozostałych 9 chorych przez 3—12 dni. Ponieważ między ostatnimi 4 nie znosiło inhalacyj, podawał G. wewnętrznie 10% roztwór tegoż leku co 2 godz. po łyżce. Ani w jednym przypadku nie zauważył obniżenia stanu gorączkowego, u żadnego chorego nie spostrzegł powiększenia ciężaru ciała, ani téż jakiéjkolwiek zmiany na lepsze w objawach wypukowych lub przysłuchowych. Wpływu na uśmierzenie potów nie zauważył również wcale, a postrzegane niekiedy po każdéj inhalacyi złagodzenia kaszlu uważa jako następstwo obfitszego odkrztuszania podczas samego wziewania, co znów powstawać ma skutkiem głębszych i więcéj nasilonych ruchów oddechowych, tudzież skutkiem lekkiego podrażnienia błony śluzowéj tchawicy przez ulatniający się w części wolny kwas będźwinowy. Z objawów ujemnych przytacza częste nudności i wymioty, odnosząc takowe do przekrwienia żołądkowego, wywołanego połykanym lekiem, oraz w 2 przyp. krwioplucie.

Wenzel do takichże doszedł rezultatów, i to na podstawie postrzeżeń dokonanych na 23 suchotnikach, znajdujących się w rozmaitych okresach choroby na oddziale prof Waldenburga. Ani w cięższych ani w lżejszych przypadkach nie zauważono żadnego bezpośredniego wpływu na sprawę suchotniczą, niepostrzeżono nawet żadnéj ulgi w przypadach podmiotowych; o jakiéjkolwiek zmianie przedmiotowéj na lepsze, a tém mniéj o powstrzymaniu sprawy choro-

bowéj niema i mowy. W jednym przypadku, powikłanym ze zmianami gruźliczemi krtani, nie postrzeżono również żadnego dodatniego wpływu na sprawę chorobową krtani. W. przyznaje tylko, że wziewania takie rozrzedzają wydzielinę w oskrzelach, i pobudzają do łatwiejszego jéj wykrztuszania, co jednak przypisuje wpływowi pary wodnéj. Z ubocznych przypadów zauważał: raz ból głowy, w 2 przyp. nudności i silne wymioty, w innych z przyczyny silnego kaszlu i krztuszenia się musiano zaniechać zupełnie inhalacyj będźwinianu sodowego. *Dr. Smoleński.*

W. S. Greenfield: **O używaniu zwykłej strzykawki Pravaza w celach rozpoznawczych**

Od dawna posługiwano się w chirurgii różnemi przyrządami ku ocenianiu jakości płynnych wypocin i wysięków, lub wyróżnianiu takowych od obrzęków i guzów stałych; do najnowszych czasów jednak tylko w wyjątkowych przypadkach uciekano się do tego sposobu badania w celu rozpoznawania zmian miejscowych w narządach wewnętrznych.

Autor używał tego sposobu przez kilka lat ostatnich w chorobach płuc, np. w celu odróżnienia w wątpliwych przypadkach zgęszczenia miąższu płucnego od wypociny opłucnowéj otorbionéj, ropni i jam płucnych od takiejże wypociny, w celu oznaczenia jakości wypociny opłucnowéj, a nawet w celu rozpoznawania rozmiarów i ukształtowania wysięków opłucnowych. Używał w tym celu strzykawek opatrzonych igłami stalowemi bardzo cienkiemi, zupełnie podobnych do tych, które pospolicie służą do wstrzykiwań podskórnych. Sposób ten poleca w codziennéj praktyce lekarskiéj, jako w wielu przypadkach nader cenny i prawie nieomylny, a nie połączony z żadném niebezpieczeństwem. W żadnym z nader licznych przez siebie w ciągu ostatnich lat tym sposobem badanych przypadków, (u wielu chorych uskuteczniał kilka i kilkanaście ukłuć) nie zauważył żadnych złych następstw. (*The Lancet* Nr. 18, II 1879). *P.*

A. Pick (w Pradze czeskiéj): **Przyczynek do kazuistyki obłąkania urazowego.**

P. podaje 3 przypadki, w których skutkiem obrażenia głowy (w 2 przyp. skutkiem spadnięcia z wysokości, w 1 przyp. zaś skutkiem spadnięcia na głowę bryły bardzo ciężkiéj) nastąpiło obłąkanie. W jednym przypadku wystąpiły objawy sklerozy połączonéj z niedołęztwem mniejszego stopnia, w 2gim przyp. objawy wstrzymanego rozwoju mózgowego i obłąkania moralnego, w 3cim objawy epileptoidyczne z peryjodycznem pomięszaniem. W 1szym przyp. cierpienie rozpoczęło się od mowy skandującéj, do której przyłączyło się drżenie palców i porażenie połowicze niezupełne po stronie lewéj; w 2gim i 3cim przyp. wystąpiły: zawrót, ból głowy i bolesność w otoczeniu blizn. P. przypuszcza, że w 1szym przyp., w którym nie znaleziono śladu zewnętrznego po obrażeniu, rozchodziło się o uraz ograniczony (wynaczynionkę lub przedarcie istoty mózgowéj) przez odbicie się *(contrecoup)*, a w następstwie dopiero o sklerozę lub zanik półkuli (*Choc céphalo-rhachidien* Dureta); w przypadku zaś 2gim i 3cim kość czaszkowa odpowiednio bliznom była zaklęknięta i nieco chropawą, dlatego P. przypuszcza w tych przypadkach współcierpienie opony twardéj.

Najważniejszym wynikiem tych 3 obserwacyj jest fakt, że w 3ch przypadkach obłąkania urazowego objawy były odmienne, że więc twierdzenie Skaego (poparte późniéj przez Schlagera i Krafft-Ebinga. *Przyp. Sprawozd.*), jakoby obłąkanie urazowe przedstawiało zawsze postać jednolitą i wybitnie kliniczną, jest mylném. Wspólną cechą wszystkich 3ch przypadków była dość dokładna znajomość ze strony chorych stanu swego chorobowego, objaw, który dotąd tylko w przypadkach niedołęztwa ostro rozwijającego się po znaczném uszkodzeniu mózgu i po zaczadzeniu bardzo często spostrzegano. P. tłumaczy zjawisko to w ten sposób, że w przypadkach niedołęztwa ostro rozwijającego się, zwłaszcza po urazach, zazwyczaj część przyrządu nerwowego, będącego podstawą czynności umysłowych, pozostaje nienaruszoną i zdolną do poczuwania ubytku, podczas gdy w innych przypadkach niedołęztwa nabytego cały przyrząd mózgowy jednostajnéj ulega zmianie. Dlatego P. nazywa ostre niedołęztwo urazowe „częściowém“ a tłumaczenie powyższego objawu znajduje w powszechnie prawie przyjętym obecnie dualizmie półkul mózgowych. (*Centralblatt f. Nervenheilk 1879* Nr. 23). *L. B.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział Lekarski Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 6go listopada 1879.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Jerzykowski mówił „o wadach sercowych w powikłaniu z ciążą, porodem i połogiem.“ Prelegent wspomniawszy pokrótce o najnowszych na tém polu pracach Spiegelberga, Martiniego, Berthiota, Macdonalda i innych, przytacza 6 przypadków tego cierpienia, które w prywatnéj spostrzegał praktyce; z tych sześciu przypadków pięć zakończyło się poronieniem, względnie porodem przedwczesnym; z matek zaś zmarły dwie skutkiem ostrego obrzęku płuc, a dwie skutkiem znacznego zapalenia macicy, w następstwie czego przyszło do posocznego zapalenia śródsierdzia (*endocarditis septica*). Głównie przeważało zajęcie zastawki dwukończystéj, bo aż pięć razy, a z tych trzy w połączeniu z cieśnią tejże zastawki. Co do rokowania przy poszczególnych wadach sercowych, to wady aorty dozwalają lepiéj rokować, aniżeli wady zastawki dwukończystéj; z ostatnich zaś lepszém bywa rokowanie przy cieśniach, aniżeli w niedomykalnościach. To też nie ulega wątpliwości, że przewlekłe cierpienie serca jest ważném przeciwwskazaniem do zawierania ślubów małżeńskich, ponieważ wady te podczas ciąży pogarszają się zawsze i sprowadzają szereg bardzo znacznych niebezpieczeństw, jak objawy nawałów krwi, obrzęki i następstwa zastoju krwi, krwotoki i nagłą śmierć skutkiem przekrwienia płuc oraz dalszy rozwój zapalenia śródsierdzia.

W dyskusyi nad tym przedmiotem biorą udział Drowie Kaczorowski, Osowicki i Zielewicz, przytaczając odnośne swe w tym względzie doświadczenia.

3) Dr. Osowicki wspomniał pokrótce, że u osoby, u któréj przed $1\frac{1}{2}$ rokiem wyciął był narośl jajnikową, w miejscu, gdzie trzon był przyczepiony, utworzyła się mała przepuklina, tak iż można namacać jelito. Otóż w miejscu tém podczas każdéj miesiączki pokazuje się regularnie kilka kropel ciemnéj krwi, przyczém operowana czuje się zupełnie zdrową i na żadne nie skarży się boleści.

4) Następnie Dr. Kaczorowski mówił o leczeniu zaczadzonych i dwa tego rodzaju przytoczył przypadki chorobowe, dotyczące małżonków około 50 lat liczących. Kobieta miała tężcowe kurcze w szczękach i odnogach, oddech bardzo trudny, tętno do 150 uderzeń na minutę, tak że zdawało się, iż lada chwila śmierć nastąpi. Po ułożeniu choréj w chłodnym pokoju i zastrzyknięciu strychninu, tętno wzmogło się nieco, lecz usta pozostały zaciśnięte i dlatego zastrzykiwano co trzy godziny po 2 miligramy morfinu. Już drugiego dnia temperatura podniosła się

nadzwyczaj, w płucach było można w kilku miejscach usłyszeć odosobnione trzeszczenie, później ogólne charczenie i chora zmarła skutkiem zrazikowego zapalenia płuc, co późniejsze oględziny pośmiertne stwierdziły. Mężczyzna odzyskał już drugiego dnia przytomność, a mimo to tak u niego, jak u jego małżonki wytworzyły się w tym krótkim czasie głębokie, aż do kości krzyżowéj sięgające odleżyny. Dawniéj już spostrzegał K. u młodéj panny bezpośrednio po zaczadzeniu błonicę na języku, na którym się znajdowały lekkie obrażenia wywołane usiłowaniami otwarcia ust; błonica ta znienacka przeszła była na gardło, bez wywołania wyraźniejszych objawów prócz śpiączki i wielkiego upadku sił. Nadzwyczaj szybki rozwój podobnych spraw destrukcyjnych, jak odleżyn, owrzodzeń błonicowych, ropni płucnych, wikłających otrucie tlenkiem węglowym, zdaje się świadczyć o zachodzącém tu porażeniu ośrodków nerwowych także odżywczych (*centra trophica*), wybitniejszém nawet aniżeli w ciężkich udarach mózgowych, gdzie odleżyny tak rychło nie występują. Okoliczność ta nasuwa niektóre wskazówki terapeutyczne; zalecałoby się np. celem zapobiegania odleżynom ułożyć chorego krzyżami na elastycznéj poduszce, usta ile możności oczyszczać odwietrzającemi lekami, albo zasłonić respiratorem, gdyż zdaje się że nie tylko błonica, ale i zapalenie płuc powstaje przez aspiracyję ustrojów chorobotwórczych, przy wytężonéj do najwyższego stopnia pracy mięśni wdechowych. Przeciwko upadkowi serca podskórne zastrzykiwania strychninu, przeciwko kurczom tężcowym maleńkie ilości morfinu zdają się niekiedy pomyślnie oddziaływać; najważniejszém jednakże pozostanie dostarczanie świeżego powietrza.

W rozprawie nad tym przedmiotem utrzymuje Dr. Osowicki, że tak owe odleżyny jak zapalenie płuc były jedynie następstwem zmiany krwi, jakie wywołuje tlenek węglowy, czemu przeczy Dr. Kaczorowski twierdząc, że krew u zaczadzonych jest czerwoną, a więc nie taką jak przy zastojach, i że gdyby rozkład krwi miał wywołać odleżyny, toby téż i w innych organach dały się wykazać przemiany. Co do owéj błonicy w ustach, to zdaniem Dra Zielewicza nikt jeszcze nie dowiódł, ażeby błony śluzowe miały większą lub mniejszą skłonność do przyjmowania pasorzytów i twierdzi, że jeśli teoryja inwazyjna jest uzasadnioną, każda nienaruszona tkanka jest zdolną do przyjęcia najezdników i nie potrzeba żadnéj w téjże patologicznéj zmiany.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne XIX. z dnia 10go grudnia 1879 roku

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 34 i 1 korespondent.

1) Przewodniczący zagajając posiedzenie wzywa członków do dyskusyi ogólnéj nad wnioskami komisyi, zamieszczonemi w protokóle posiedzenia T. l. k. z dnia 3 grudnia b. r., zwracając uwagę, że podług regulaminu w jednéj kwestyi nikt więcéj nad dwa razy głosu zabierać nie może.

2) Sekretarz doroczny odczytuje list nadesłany na ręce prezesa T. l. przez członka korespondenta Dra Zawadzińskiego z Nowego Targu, który myśl połączenia obu Towarzystw ku wspólnym celom uważa za nader szczęśliwą i dla obydwóch stron korzystną.

3) Kol. Blumenstok okazuje listy takiejże saméj treści otrzymane od członków korespondentów Drów Krówczyńskiego, Sérkowskiego, Witkowskiego i Wursta.

4) Kol. Domański oświadcza, że jest upoważniony przez Dra Macudzińskiego z Jasła, Czł. k. t. l. kr. do objawienia wprost przeciwnego przekonania.

5) Następuje dyskusyja ogólna nad wnioskiem Komisyi połączenia się z towarzystwem lekarzy galicyjskich, w któréj za wnioskiem Komisyi przemawiali Koll.: Grabowski, Obaliński, Pieniążek, Kohn i Bogdanik, przeciw wnioskom Koll.: Domański, Paszkowski, Jordan, Oettinger i Wilkosz. Z tych Dr Jordan postawił osobny wniosek, przyjmujący znaczną część z wniosku Komisyi, który jednak dopiero po odbytém głosowaniu nad wnioskiem Komisyi może przyjść pod obradę.

W kwestyi formalnéj zabierali głos Koll.: Mars, Blumenstok, Zarewicz, Oettinger, Warschauer, Grabowski i Rydel.

Z powodu spóźnionéj pory o godz. 8 na wniosek kol. Rydla posiedzenie zamknięto; pozostali zapisanymi do głosu na następném posiedzeniu, które się odbędzie d. 13 grudnia: za wnioskiem Komisyi Koll.: Kwaśnicki, Obaliński, Pieniążek i sprawozdawca Kom. Dr. Grabowski, przeciw wnioskowi Koll.: Oettinger, Warschauer, Paszkowski i Zarewicz.

Posiedzenie XX nadzwyczajne z d. 13 grudnia 1879 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków czynnych 45.

1) Przewodniczący przedstawia list członka koresp. Dra Raspa z Brzeżan, przemawiający za połączeniem obu Towarzystw, takiejże saméj treści list otrzymał kol. Blumenstok od Dra Obtułowicza z Turki.

2) Z zapisanych do głosu, w obszerném przemówieniu kol. Oettinger przedstawił niekorzyści wynikające dla Tow. lek. krak. w razie przyjęcia wniosku Komisyi, kol. Kwaśnicki przeciwnie przemawiał za tymże. — Gdy inni koledzy zapisani do głosu za wspólném porozumieniem zrzekli się takowego, sprawozdawca Komisyi Dr. Grabowski zbijał jeden po drugim wszelkie zarzuty robione wnioskowi Komisyi przez jego przeciwników.

3) Gdy dyskusyja ogólna w ten sposób została zakończoną, Przewodniczący poddał pod głosowanie pytanie „czy towarzystwo ma przystąpić do dyskusyi szczegółowéj nad pojedynczemi ustępami wniosku Komisyi.“ Przy głosowaniu imienném na 44 głosujących (1 członek wyszedł), 15 głosowało za, 29 przeciw dalszéj dyskusyi; w ten sposób wniosek Komisyi upadł.

4) Ponieważ większość Kolegów, przeciwników wniosku Komisyi, w zasadzie jest za połączeniem się z Tow. lekarzy galicyjskich, ale tylko pod względem kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy, wdów i sierót po lekarzach pozostałych, oraz pod względem wspólnego organu obu Towarzystw, z zachowaniem samoistności i tytułu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, przeto wybrano nową Komisyję złożoną z Koll. Domańskiego, Grabowskiego, Jordana, Kwaśnickiego, Oettingera, Rybczyńskiego i Zarewicza; ostatni jako wiceprezes Tow. lek. obejmie przewodnictwo. Komisyja ta ma się zastanowić nad wnioskiem Kol. Jordana przedstawionym na posiedzeniu d. 10 grudnia, lecz nie krępując się takowym obmyśli środki wspólnego działania z Tow. lekarzy galicyjskich w kierunkach wyżéj namienionych, oraz przedstawi takowe towarzystwu lekarskiemu na najbliższém posiedzeniu zwyczajném, mającém się odbyć we środę d. 17 grudnia r. b. Na tém posiedzenie zakończone po godzinie 8méj.

V. Listy z podróży i z praktyki.

Przez Dra **Edwarda Sawickiego,**
prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50.)

Szpital medyjolański, może największy z tego rodzaju zakładów, bogaty we własne fundusze, żadnego jednak nie przedstawia interesu naukowego, gdyż nie jest ani szpitalem klinicznym ani też nie posiada dostatecznéj liczby lekarzy, którzyby mogli olbrzymi jego materyjał naukowo opracować. Przeszło 4000 chorych w przecięciu, oddział chorób wewnętrznych miewa ich po paręset, a tylko jednego lekarza ordynującego i jednego pomocniczego. Lekarz ordynujący Dr. Lewis może tylko co dwa dni odwiedzić i zbadać chorych swojego oddziału. Sale w postaci kurytarzy na krzyż bieżących przeludnione, powietrze duszne i nieczyste, pościel i urządzenie nie odpowiada bogactwu szpitala. Budynek cały na dziewięć dziedzińców rozłożony, w stylu romańskim z cegły czerwonéj nietynkowanéj, przedstawia się dla oka este-

tycznie, w swoim rozkładzie jednak nie ma warunków higijenicznych, bo mu zbywa na dobréj wentylacyi ściennéj i okiennéj. Budynek składa się właściwie z dwóch czworoboków połączonych wspólnym dziedzińcem głównym, ozdobionym kolumnadą i łukami krytéj galeryi; każdy czworobok atoli jest podzielony przez środkowy budynek krzyżowy na cztery zamknięte podwórza, co oczywiście nie sprzyja dobréj wentylacyi.

Wycieczka z Paryża do stacyj klimatycznych południowych nie budzi po drodze do Lyonu żadnego prawie interesu; z Lyonu zaś do Marsylii nie budzi znowu interesu lekarskiego. Dopiero w saméj Marsylii spotykamy się z klimatem południowym, chociaż wjeżdżając do Prowancyi witały nas zewsząd drzewa oliwne, które nieznoszą spadku ciepłoty niżéj 9° C. Na brzegu morza w kierunku wschodnio-południowym od miasta spotykamy niejako pierwszy okaz tego, co następnie w licznych egzemplarzach będziemy oglądać na wybrzeżu tak nazwanéj *„Riviera di ponente,"* to jest zachodnich wybrzeży zatoki Genueńskiéj morza śródziemnego. Już przy pięknéj alei zwanéj Prado leżą po obu stronach ogrody z willami, gdzie widzimy roślinność bujną południową, pomiędzy nią wyniosłe palmy, aloesy, kaktusy itp. Jadąc tą aleją ku morzu przybywamy do pięknego parku (*P. du Château Borelli*), w którym pierwsze oglądamy pinie; ztąd brzegiem morza, drogą wykutą po części w skałach, które się tu piętrzą tarasami, dojeżdżamy do stacyi kąpielowéj zwanéj Roncas blanc. Na lewo w morzu urządzone są łazienki do kąpieli morskich ochronione przed wichrami i falami morza, opatrzone we wszystkie środki ostrożności i dogodności, osobne dla pań i mężczyzn. W sąsiedztwie stoi zakład kąpielowy przez cały rok otwarty, w którym się kąpiele z wody morskiéj i słodkiéj, tudzież kąpiele z tutejszego źródła mineralnego przyrządzają. Źródło tryska ze skały, dając na minutę 300 litrów wody, któréj stała ciepłota 22° C., ; w składzie swym chemicznym zawiera znaczne ilości chlorków i siarkanów (sody, potasu, magnezyi), dwuwęglan sodowy, nieco żelaza i bromu. Używana do picia działa przeczyszczająco, głównie zaś do kąpieli jéj używają. Zakład urządzony wygodnie i pięknie, posiada restauracyję, nadto różnego rodzaju kąpiele natryskowe, spadowe, pociskowe, skrzynie do kąpieli parowych, inhalatory itd.

Na całém wybrzeżu skalistém, pomiędzy szczelinami skał, spotykamy piękne wille otoczone palmami, kaktusami, drzewami pomarańcz i cytryn; co świadczy, że jesteśmy w klimacie południowym. Średnia ciepłota Marsylii w zimie wynosi 7° C., w lecie 21° C, wiosenna i jesienna między 12 i 14° C. Stan średni barometru 751,62 mm.; opadów deszczowych 500 mm. Gdyby nie wiatry zimne, które tu z wiosną dosyć groźnie występują, Marsylia miałaby warunki stacyi klimatycznéj. Stary szpital ś. Ducha i Charité w dzielnicy leżącéj po prawéj stronie starego portu, tudzież nowy szpital przy Boulevard Baille i szpital obłąkanych w téj saméj stronie za rzeczką Jaretą leżący, nie przedstawiają interesu naukowego. Marsylia miała jeszcze przed czasami rzymskiemi szkołę lekarską, dziś ma tylko szkołę lek. przygotowawczą. Po drodze z Marsylii aż do Cannes, leży tylko jedna stacyja klimatyczna Hyères, najbardziéj wysunięta na południe (43°,7′ szerokości północnéj, 23°,48′ długości wschodniéj). Leży ona na boku od głównéj drogi żelaznéj, mniéj na siebie ściąga uwagę lekarzy i pacyjentów. Sigmund (*Südliche klimatische Kurorte*) uważa ją jako stacyję przechodową z południowéj Prowancyi do Riviery; téj stacyi nie zwiedzałem. Właściwe stacyje klimatyczne Riwiery poczynają się od Cannes i kończą na przechodowych stacyjach w pobliżu Genui. Wiadomo, że dopiero w tym wieku anglicy pierwsi poczęli wysyłać swoich bogatych suchotników na Maderę na pobyt zimowy; postrzegli jednak wkrótce, że ta jednostajnie ciepła, cicha i wilgotna wyspa jednym służy, drugim szkodzi, bo jéj klimat zanadto mało pobudza system nerwowy i naczyniowy, owszem zwątla go i podaje w bezczynność. Dlatego więc szukając klimatu ciepłego lecz krzepiącego, zwrócili swoją uwagę na Rivierę; tu poczęli zjeżdżać się na zimę i zamieszkiwać nietylko starodawne miasto Niceę, lecz i małe wioski rybackie, jak np. Cannes; anglikom tedy zawdzięczają te miejsca klimatyczne swój rozgłos. Gdy jednak przed dwudziestu laty Jourdanet z Mexyku, a Smith z Andów donieśli, że na wysokościach alpejskich centralnéj Ameryki nie ma suchót, i że suchotnicy tam przybywający odzyskują zdrowie, wzięto się do urządzania stacyj alpejskich w Szwajcaryi i sanatoryjów górskich w różnych górach Europy środkowéj. Z górskim klimatem połączono inne środki leczenia pomocnicze: hidroterapiję, gimnastykę płuc pneumatyczną i ruchową, różne „kuracyje": mleczną, żętyczną, kumysową, alkoholową, winogronową, poziomkową i t. d. Przez to rozszerzył się zakres klimatoterapii naszéj; licznych chorych a pomiędzy tymi „suchotników" poczęto wysyłać nie tylko na lato do stacyj górskich i alpejskich, ale nawet i na zimę. Niektórzy nawet posunęli się tak daleko, że stacyje klimatyczne południowe uznali za niepotrzebne, skoro w porze zimowéj mogą suchotnicy mieć się dobrze w Davos lub Gerbersdorfie. (Porównaj: *„Climatische Kurorte"* Biermanna). Są to wszelako ostateczności, które niezawodnie z czasem powrócą do miary właściwéj; klimat Riviery pozostanie zawsze cennem schronieniem dla takich chorych, którym ostrość gór w porze zimowéj, i ostrość naszéj zimy niemoże przynieść nic dobrego dla zdrowia.

Na wysokościach alpejskich chwalimy sobie czystość powietrza wolnego od pyłu i zarodków organicznych; na wybrzeżach morskich przywiązujemy wagę do fal powietrza, ożywiających system nerwowy w sposób właściwy (Porównaj: *Wirkungen der Seeluft und des Seebades*," Benekego; Schreibera *„Ueber das Wesen klimatischer Kuren bei Lungenkrankheiten."*). O ile zaś działa ucisk powietrza stale pomniejszony lub powiększony na prężność tlenu w płucach i we krwi, na oddychanie płucne i tkaninowe w ogóle, wyjaśnia najnowsza praca P. Berta: *„La pression barométrique. Recherches de physiologie expérimentale." Paris 1878.*)

O stacyjach klimatycznych Riviery mamy liczne i bardzo poszczególne monografije we wszystkich niemal językach europejskich. Naszą literaturę wzbogacił Dr. Dobieszewski skrzętnie zebranym i pilnie opracowanym „Przewodnikiem do klimatycznego leczenia"; w niemieckiéj prof. Sigmunda: *„Südliche klimatische Curorte,"* wydanie trzecie, zasługuje na uwagę kolegów.

Z braku czasu nie mogę wejść w szczegóły klimatologii poszczególnych stacyj Riviery, i tylko podzielę się z czytelnikiem wrażeniami, ile że prawdopodobnie będę mieć sposobność jeszcze raz o tym przedmiocie podać fejleton do Przeglądu.

Nie mówię o tém, ile uroku ma w sobie sama podróż brzegami Riviery, bo wszelki opis chociażby najlepszy nie sprawi tego wrażenia, co sama rzeczywistość. Krótko powiem: stacyje klimatyczne na zachodnim wybrzeżu zatoki Genueń-

skiéj przedstawiają mi się jak cieplarnie pod gołem niebem przez naturę utworzone, które dają przytułek dosyć bezpieczny od zimna i wiatrów północnych nie tylko roślinom południowym, lecz i chorym drażliwym na te czynniki, zwłaszcza cierpiącym choroby płuc i oskrzeli suchotnicze. Lecz jak cieplarnie w hodowaniu roślin przyzwrotnikowych i zwrotnikowych potrzebują ręki umiejętnéj, któraby dobierała dla każdéj rośliny stanowiska do słońca, miarkowała ciepło i wilgoć dla niéj potrzebną, i przyrządziła jéj odpowiednią pruchnicę: tak też rzecz się ma ze stacyjami klimatycznemi Riviery. Chorzy, którzy chcą używać takowych na zimę, nie mogą czynić tego bez lekarza, ani też mieszkać na stacyi bez opieki i porady lekarza z klimatem miejscowym dobrze obznajomionego. Potrzeba nam bowiem pamiętać, że Riviera zawdzięcza swój klimat wyjątkowy alpom, które ją zasłaniają od wiatrów północnych, swojemu położeniu do słońca południowego, i morzu, które ją oblewa.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Ilość aptek w różnych krajach Europy i w Ameryce północnéj w stosunku do liczby mieszkańców.

Państwo	Liczba mieszkańców	Ilość aptek	Na 1 aptekę przypada mieszkańców
Prusy	25,693,588	2,744	9,364
Bawaryja	4,852,026	530	8,240
Saksonija	2,556,244	226	11,3 7
Würtembergija	1,870,000	256	7,300
Badeńskie	1,482,000	190	7,800
Heskie	852,890	107	7,971
Meklemburg-Schwerin	557,707	64	8,715
Meklemburg-Strelitz	96,982	14	6,927
Oldenburg	314.778	46	6,843
Hamburg	350,000	53	6,604
Brema	122,565	13	9,428
Rossyja	71,730,980	1.549	46,308
Danija	1,861,000	124	15,000
Norwegija	1,750,000	70	25,000
Szwecyja	4 297,747	224	19, 86
Szwajcaryja	2,697,900	345	7,820
Alzacyja Lotaryng	1,520.910	207	7,455
Francyja	36,270,941	5,739	6,319
Anglija	26,000,000	11,017	2,360
Holandyja	3,700,000	805	4,590
Ameryka północna	41,000,000	14,800	2,770
Austro-Węgry	35,812,307	1,978	18,105
W krajach austro-węgierskich w szczególności:			
Austryja dolna	1,990,708	174	11,441
Austryja górna	736,557	56	13, 51
Salcburgskie	153,159	12	12,763
Styryja	1,137,990	58	19,6 0
Karyntyja	337,694	18	18,760
Kraina	466,334	19	24,544
Istryja i Tryjest	600,525	67	8,963
Tyrol	885,759	93	9,5 4
Czechy	5,140.544	310	16,582
Morawija	2,017,274	107	18,853
Szląsk	513,352	32	16,042
Galicyja	5,444,689	212	25,682
Bukowina	513,404	18	28,522
Dalmacyja	456,961	32	14,280
Węgry i Siedmiogród	13,579,129	680	19,979
Kroacyja i Slawonija	1,838,198	90	20,424

(*Według Real - Encyclop. d. ges. Heilk.* Zeszyt 6 i 7, art. *Apothekerwesen).*

* Samobójstwa w Prusiech. Od r. 1871 do 1877 liczba samobójstw powiększyła się w Prusiech o 59% (u mężczyzn 63%, u kobiet 42·8%). Przyczyną samobójstwa najczęstszą było obłąkanie, ale w r. 1877 u 665 ludzi troski były przyczyną samobójstwa (w r. 1873 tylko u 237). (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1879, Nr. 17).

* Ludność Londynu w roku bieżącym wynosi 3,620.868 dusz, czyli o 43.564 więcéj, aniżeli w roku przeszłym. Razem z przedmieściami Londyn właściwie liczy 4,530,000 mieszkańców. Śmiertelność w styczniu rb. wynosiła 27·4 na 1000. (*Annales d'hygiène publ. Dcbr. 1879*).

* Według prof. Chaillé z Luizyjany w Zjednoczonych Stanach Ameryki półn. rok rocznie odbywa się 45,000 oględzin sądowolekarskich, a mimo to umiejętna medycyna sądowa nie istnieje prawie. Pochodzi to ztąd, że w Ameryce do wykonywania tych czynności powołany jest t. zw. Coroner, nie będący ani lekarzem ani prawnikiem; nadto tak oskarżycielowi, jako obrońcy służy prawo wzywania znawców lekarskich jakich im się tylko podoba; otóż wzywają oni ludzi oddających się praktyce lekarskiéj bez względu na to, czy są rzeczywiście lekarzami lub nie. W szkołach lekarskich, których jest 64, albo wcale nie wykładają medycyny sądowéj, albo tylko pobieżnie obok innéj gałęzi; w 5 szkołach katedry medycyny sądowéj zajmują nawet prawnicy. (*Annales d'hygiène publ. 1879, Dcbr.*)

Kraków. Komisyja sanitarna odbyła do 15 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) uczczono pamięć zmarłego fizyka miasta Dra Mohra przez powstanie; 2) Dr Buszek wykazał, że ogólna śmiertelność w miesiącu listopadzie wzniosła się do 40·8 na rok i 1000, z chorób zakaźnych do 21·3. Z ospy umarło osób 29, podczas gdy w październiku padło ofiarą tejże choroby osób 15. Namienił, że przypadki ospy wydarzają się tylko w obwodzie I i II, natomiast w ostatnich tygodniach donoszą o częstszych przypadkach duru brzusznego w obw. III. Pomiędzy chorobami zakaźnemi zaczyna się pojawiać krztusiec. 2) W obec poruszonéj przez Dra Buszka kwestyi, czy należy szczepić w pomieszkaniach, gdzie wybuchła ospa, oświadczono się, aby ocenienie, jak można postąpić w takowych przypadkach pozostawiono rozwadze i taktowi lekarza. 3) Dr Lutostański odczytał w imieniu podkomisyi ad hoc delegowanéj gruntowne sprawozdanie w sprawie wilgotności budynku seminaryjum żeńskiego. Ze ścisłysh badań higrometrycznych okazało się, że bndynek wzmiankowany w ogóle jest suchy i nie przedstawia warunków dla zdrowia uczennic szkodliwych; 4) Dr Blumenstok okazał, jak szkodliwém musi być dla zdrowia urządzenie przedewszystkiém korytarzy w szkole św. Scholastyki, na których mieszczą się wieszadła na ubrania, i wnosił, aby wydelegowano podkomisyję do zbadania tejże szkoły i przedłożenia odpowiednich wniosków. Do podkomisyi wybrani: wnioskodawca i Drowie K. Grabowski i Rybczyński; 5) Na wniosek Dra Buszka uchwalono wnieść na ręce Prezydenta miasta przedstawienie, aby uczęszczanie do szkół podczas mrozów dochodzących poniżéj 16° R. było zawieszone. Wniosek ten przyjęto.

Statystyka epidemij. Ospa w Londynie nieco się zmniejszała, leczy się w szpitalach tylko 37, zapadło świeżo 5, umarło 5. W Wiedniu umarło 3, w Petersburgu i Odessie po 2, w Barcelonie 16, w Pradze 6, w Bukareszcie 23, w Paryżu 29. W Kaliskiém wybuchła ospa w jednych miejscowościach a w drugich wygasła. W Krakowie umarło w tygodniu 50 z chorób zakaźnych: 6 z ospy (w ul. Straszewskiego l 15, w ul. Krowoderskiéj l. 130, w ul. Blichowéj l 59, w ul. Sławkowskiéj l. 262, na placu Żydowskim l. 208, w szpitalu); 1 z krztuśca (w szpitalu); 1 z duru brzusznego (w ul. Józefa l. 252); 1 z czerwonki, a doniesiono o 8 przypadkach ospy (z ul. św. Rocha l. 481, z Małego Rynku l. 432, z ul. Starowiślnéj l. 76, ze św. Scholastyki, z ul. Blichowéj l. 56, z ul. Lubicz l. 5 i ze szpitala św. Ludwika); 6 duru brzusznego (z ul. Garncarskiéj l. 138, z ul. Taniéj l. 175, z ul. Lubicz ?, z Rynku Kazimirskiego l. 1. z ul. Skawińskiéj l. 12); 3 krztuśca (2 z Pędzichowa l 59 i ?), 1 płonicy, 3 dławca. Epidemija w Liverpoolu utrzymuje się w jednakowém nasileniu, w Kopenhadze umarło nieco mniéj bo tylko 23. Epidemija płonicy przebiega w Bukareszcie łagodniéj. Z duru brzusznego umarło w Barcelonie, zaś w Płocku osób 25. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu

po 1, malaria koło Rzymu jest nie tak częstą, bardziéj się szerzy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 49 umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 43,3; we Lwowie 52,0; w Warszawie 25.4; w Poznaniu 30,6; w Wiedniu 27,0; w Budapeszcie 26,6; w Pradze 38,0; w Tryjeście 36,1; w Berlinie 25,1; w Wrocławiu 24,8; w Monachijum 33,5; w Dreznie 22,0; w Lipsku 23,2; w Bazylei 27.9; w Brukseli 26 3; w Paryżu 26,5; w Londynie 27,2; w Kopenhadze 34,9 w Chrystyjanii 20,7; w Petersburgu 31.4; w Odesie 33,4; w Bukareszcie 40,0; w Barcelonie 37,8; w Aleksandryi 33,4; w Nowym Yorku 23.4 w Bombayu 31,2; w Madrasie 34,9. *J. B.*

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 18 grudnia. Ze zbliżającym się końcem roku poczuwamy się do miłego obowiązku złożenia szan. współpracownikom i abonentom naszym serdecznego podziękowania za skuteczne poparcie naszych usiłowań. Tuszymy sobie, że jedni i drudzy zechcą i na przyszłość nie odmówić tego poparcia tygodnikowi, który poczęty w złych czasach przebył złą i dobrą dolę i pod skrzydłami opiekuńczemi Towarzystwa Naukowego a następnie Tow. lek. krakowskiego ciągle postępując naprzód, zdobył sobie nareszcie nie tylko stanowisko bardzo poważne w poczcie czasopism lekarskich polskich, ale powoli zmusza i zagranicę do liczenia się z pracami w nim mieszczącemi się. Przegląd Lekarski wynagradza każdą pracę i to tak pracę autora doświadczonego i znanego, jakotéż pracę kolegi wstępującego dopiero w szranki literackie, czém korzystnie się wyróżnia od czasopism zagranicznych, znajdujących się w nierównie lepszych warunkach materyjalnych, które przywykły wynagradzać tylko rozprawy matadorów nauki, wychodząc z zapatrywania, że młodzi pracownicy powinni się kontentować samym faktem ogłoszenia drukiem ich rozpraw; najlepszym dowodem zaś, że zagranica umie cenić treść Przeglądu, jest okoliczność, że coraz częściéj z dalekich nawet stron dochodzą nas oferty wymiany naszego tygodnika na inne pisma lekarskie, oraz ustanawianie przez redakcyje czasopism francuskich i niemieckich osobnych referentów, mających zdawać sprawę z rozpraw drukowanych w naszym tygodniku. Staraniem Przeglądu Lek. będzie, aby się nie tylko utrzymywał nadal na téj wysokości, do któréj doszedł skutkiem współdziałania licznych kolegów, ale nadto, aby ciągle postępował naprzód i tym sposobem dowiódł, że byt jego jest zanadto ustalonym, aby rozstrzeliwanie sił, które i u nas niestety zaczyna wchodzić w modę, miało oddziaływać niekorzystnie na dalszy a pożądany jego rozwój.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Dawid Rosenthal, naczelny lekarz szpitala starozak. w Warszawie, po wysłużeniu przeszło lat 40, na własne żądanie uwolniony został od obowiązków, a w miejsce jego zamianowano Dra Józefa Kinderfreunda.— W miejsce Dra Chwata, naczelnego lekarza prywatnego szpitala dla dzieci starozak, który zażądał uwolnienia, mianowany Dr. Szymon Portner, a na ordynatora w oddziale ocznym tegoż szpitala przedstawiony Dr. Zygmunt Kramsztyk, b. asystent kliniki okul. (*Medycyna).*

* **Nekrologija**. D. 13 bm. nad ranem umarł w Krakowie Dr. Michał Edward Mohr, fizyk miejski. Zmarły urodził się d. 17 grudnia 1804 r. w Józefowie w Król. Polskiém, nauki lekarskie pobierał w Krakowie, gdzie téż w roku 1829 uzyskał stopień doktora medycyny i chirurgii. Już w marcu 1829 r. mianowany został przez Senat Rządzący zastępcą fizyka przy szpitalu św. Ducha, w r. 1832 bezpłatnym fizykiem przy głównym szpitalu św. Łazarza a w tymże roku fizykiem m Krakowa, wreszcie w r. 1844 fizykiem miejskim i okręgowym. Obowiązki fizyka miejskiego pełnił Dr. Mohr nieprzerwanie aż do śmierci swojéj a więc przez pół wieku prawie, ciesząc się aż do ostatka dobrém zdrowiem i świeżością umysłu, któréj dawał dowody nie tylko wtedy, gdy dykteryjkami bawił towarzystwo, ale i wtedy, gdy przejąwszy się jakąś kwestyją zdawał sprawę z niéj piśmienną. Wcale niedawno temu, gdy w Komisyi sanitarnéj miejskiéj mieliśmy sposobność uznania loicznego przedstawienia rzeczy i gładkości stylu oraz poprawności języka w jednym z referatów nieboszczyka; nabraliśmy wtedy przekonania, że starzec, który sam w obec wszystkich chełpił się, że „*laisser faire*“ było zasadą przewodnią jego urzędowania, umiał, jeżeli zachodziła potrzeba a była chęć po temu, zbadać rzecz gruntownie i przedstawić ją wcale dobrze, a co większa, że jakkolwiek nigdy nie chwalił się studyjami swemi, przecież znał i urządzenia sanitarne i ważniejsze nowsze zdobycze naukowe. W osobie Dra Mohra miasto nasze traci jednę z postaci sympatycznych, że tak powiemy, pomnikowych; istny to bowiem był posąg Janusowy, jedną twarzą zwrócony do pokolenia, które żyje już tylko w tradycyi, a drugą do pokolenia obecnego, dla którego nie przestał być miłym towarzyszem, jedną i drugą zawsze uśmiechniętą wyszydzając grzeszki dawne i nowe, sarkazmem jednak nie obrażając nikogo, bo mierząc nie tylko w innych ale i w siebie samego. Tracimy w nim żywą i chodzącą kronikę okresów należących już teraz do historyi: czasów rzeczypospolitéj krakowskiéj i rządów przedkonstytucyjnych: tracimy w nim nestora, który kilka widział pokoleń, a o pokoleniach tych tyle umiał opowiadać, tracimy w nim kolegę, który pomimo swoich wad przecież był sympatycznym dla wszystkich, a spokojem i humorem swoim rozbrajał przeciwników. *Sit ei terra levis!*

Równocześnie umarł w Krakowie Leon Szancer, b. lekarz wojsk polskich, ozdobiony krzyżem „*virtuti militari*,“ dawniéj lekarz praktyczay w Opatowie w Król. Polskiém, od lat kilkunastu w Krakowie zamieszkały, przeżywszy lat 81. Liczne grono lekarzy odprowadziło zwłoki na miejsce ostatniego spoczynku, a nad grobem przemówił kol. Dr. Warschauer.

We Lwowie umarł Dr. August Noskiewicz, b. prezes Tow. lekarzy galicyjskich i radca miejski, lekarz powszechnego używający szacunku. (Nekrolog podamy późniéj).

Pisma warszawskie donoszą o śmierci Dra Leona Bokiewicza w Jadowie nad Bugiem w Król. Polskiém, autora higijeny popularnéj, wydanéj w r. 1861. Wdowa pozostała z 4giem dzieci w największym niedostatku odwołuje się do litości kolegów nieboszczyka, aby ją jednorazowym datkiem wesprzeć raczyli!

D. 2 grudnia umarł w Cannes, we Francyi południowéj, Dr. Soelberg Wells, jeden z najznakomitszych okulistów angielskich, profesor oftalmologii w Kings College i chirurg szpitala tejże szkoły w Londynie. Ukończywszy w r. 1856 nauki lekarskie w Edymburgu, pracował następnie w Berlinie i pod okiem Graefego kształcił się w oftalmologii; powróciwszy w r. 1860 do Anglii był asystentem Bowmanna w Moorfields, późniéj mianowany profesorem. Dzieło jego o chorobach ocznych doczekało się 3ch wydań. Zdrowie fizyczne, wielkie zdolności, postać imponującą, wielki majątek — wszystko posiadał Soelberg Wells, a gdyśmy przed 10 laty mieli szczęście poznania go, zdawało nam się, że to jeden z Lordów żelaznych, co Metuzalemowego wieku spodziewać się mogą.

W Weimarze umarł tameczny radca lekarski, dawniéj prof. anatomii w Bernie szwajc. Dr Fryderyk Wilhelm Theile (urodz w r. 1801 w W. X. Wejmarskiém, w r. 1825 uzyskał w Jenie stopień Dra, w r. 1827 habilitował się tamże jako docent anatomii i antropologii, w r. 1831 mianowany tamże profesorem, w r. 1834 powołany do Berna, gdzie piastował i godność rektora, w r. 1853 powrócił do ojczyzny swéj). Znany jako tłumacz wielu dzieł, a razem z Valentinem, Henlem i Wagnerem wydał dzieło anatomiczne Sömmerringa, opracowawszy w niém dział o mięśniach. — W Berlinie umarli zawołani lekarze praktyczni, tajny radca sanitarny Dr Otton Westphal w 80, a Dr Strassmann w 52 roku życia.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 50: Matlakowskiego: Zapalenie sawów rzeżączkowe (dok.); Sznabla: Kilka przypadków różnopostaciowéj wysypki, spostrzeganéj w m. październiku i listopadzie rb. w Warszawie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w poniedziałek d. 22 grudnia o g. 5 po poł. w sali wykładowéj kliniki okulistycznéj posiedzenie nadzwyczajne, dla ukończenia obrad nad sprawą połączenia swéj działalności z Tow. lekarzy galicyjskich

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.